Rok XLIII. Kraków 16 Stycznia 1904. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

Przyczynek do nauki o tak zwanem Volkmannowskiem niedokrwistem porażeniu i skurczeniu mięśni.

Podał

Prof. Dr. H. Schramm.

Do rzadszych przypadków chirurgicznych schorzeń rąk należy tak nazwane przez Volkmanna niedokrwiste porażenie i przykurczenie mięśni przedramienia W dostępnem mi piśmiennictwie z ostatnich 15-tu lat mogłem zebrać zaledwie 26 przypadków tego cierpienia. Przyczyna powstania tej choroby i jej patologia nie są jeszcze stanowczo określone, nawet co do rokowania i leczenia istnieją między różnymi autorami znaczne różnice; nie będzie więc może od rzeczy, jeżeli podam nieco obszerniej opis przypadku, jaki miałem niedawno w leczeniu.

Dnia 24/7 1903 r. zgłosiła się do szpitala św. Zofii dziewczynka 6-letnia *R. M.*, z powodu niedowładu i przykurczenia ręki prawej. Według podania matki dziecko upadło przed 8 miesiącami i złamało sobie obie kości przedramienia prawego. Przywołany lekarz ułożył rękę w szynie, sięgającej od łokcia do stawu śródręczno-palcowego i obandażował ją dość silnie. Na drugi dzień ręka mocno spuchła, palce zesiniały, bóle miały być dość mocne przez pierwszy dzień, poczem ustąpiły zupełnie. Z tego powodu opatrunek zmieniono dopiero po 14 dniach, poczem okazało się głębokie owrzodzenie na dłoniowej stronie przedramienia na 4—5 ctm. poniżej stawu łokciowego. Ruchy palcami były niemożebne, palce sinawe, zgięte ku dłoni. Z biegiem czasu mimo stosowania kąpieli i nacierania przedramienia różnemi maściami, przykurczenie palców powiększało się coraz bardziej, nadto przyłączyło się przykurczenie w stawie nadgarstkowym. W dniu przyjęcia stwierdziłem stan następujący: Dziecko, jak na swój wiek dobrze rozwinięte. Narządy wewnętrzne zupełnie zdrowe; jedyne zmiany chorobowe przedstawia przedramię i ręka prawa. Przedramię to jest znacznie chudsze, niż lewe; różnica w obwodzie, mierzona przez najgrubszą część, wynosi $2^1/_2$ ctm. Na stronie dłoniowej przedramienia na 5 ctm. poniżej stawu łokciowego znajduje się blizna promienista, wielkości florena, przesuwalna na podstawie; druga mniejsza blizna znajduje się w tejsamej prawie wysokości na grzbietowej stronie przedramienia. Kończyna w stawie łokciowym lekko zgięta, ręka w pronacyi, w stawie nadgarstkowym zgięta pod kątem prawie 100°; palce szponowato zgięte ku dłoni, skóra na palcach blada, scieńczała, połyskująca. Ruchy w stawie barkowym i łokciowym zupełnie prawidłowe; ruchy czynne w stawie nadgarstkowym i ruchy palcami niemożebne; bierne wyprostowanie ręki w stawie nadgarstkowym przy użyciu niejakiej siły — możebne, przyczem pierwsze falangi palców równocześnie się prostują, natomiast falanga 2 i 3 jeszcze mocniej się zginają. Po zupełnem zgięciu ręki palce dadzą się wyprostować, kurczą się jednak natychmiast, gdy rękę w stawie nadgarstkowym się wyprostuje; równoczesne wyprostowanie ręki i palców jest niemożebne nawet przy użyciu znacznej siły; przy próbach tych chora doznaje mocnego bolu. Przy obmacywaniu przedramienia wykazać można, że mięśnie zginacze utraciły swą naturalną elastyczność, są przy dotyku twarde i niepodatne. Skóra w okolicy starej blizny bolesna, zresztą czucie na całem przedramieniu i ręce zupełnie prawidłowe.

Według podania matki stan ręki od kilkunastu tygodni jest tensam: przykurczenie palców się nie zwiększa. W celu usunięcia zniekształtnienia ręki wykonałem dnia 30/7 następujący zabieg operacyjny: Po uśpieniu dziecka chloroformem, przyczem przekonałem się, że i w głębokim śnie przykurczenie pozostaje zupełnie niezmienione, po założeniu opaski elastycznej na ramię, po najdokładniejszem oczyszczeniu całego przedramienia i ręki i przy zastosowaniu najściślejszej aseptyki, poprowadziłem w linii środkowej przedramienia po stronie dłoniowej cięcie, długie na 10 ctm., sięgające od linii stawu nadgarstkowego prawie aż do połowy przedramienia. Odsłonięte mięśnie zginacze były blade, twarde i widocznie włóknisto zwyrodniałe. Przez rozciągnienie brzegów rany haczykami odsłonięto ścięgno sprychowego zginacza ręki (*flexor carpi radialis*), które uniesiono nieco haczykiem ku górze i rozdzielono cięciem podłużnem, długiem na trzy ctm., na dwie połowy; od dolnego końca cięcia przeciąłem ścięgno na zewnątrz, przy górze zaś cięcia na wewnątrz. Na oba końce przedłużonego w ten sposób ścięgna założyłem tymczasową pętlę z cieniutkiego jedwabiu. W ten sam sposób postąpiłem ze ścięgnem łokciowego zginacza ręki (*flexor carpi ulnaris*), ze ścięgnami długiego zginacza kciuka i zginacza palców powierzchownego. Gdy mimoto równoczesne wyprostowanie ręki i palców było jeszcze niemożebne, odsłoniłem ścięgna głębokiego zginacza palców, przedłużyłem je po kolei w podany wyżej sposób, poczem przykurczenie ręki i palców dało się już zupełnie wyrównać. Teraz powiązałem pętle, założone poprzednio na końce ścięgien, zaczynając od ścięgien najgłębiej położonych, przyczem jeszcze na każde ścięgno zakładałem po 2 szwy wzmacniające tak, że końce ścięgien zachodziły na siebie na 1 do dwóch milimetrów. Nadmieniam, że przy przecinaniu ścięgien i ich następnem zespajaniu starałem się postępować tak, aby linie przecięcia ścięgien, a następnie ich szwy, nie leżały w jednej płaszczyźnie, by zatem wielka ilość leżących obok siebie nitek nie przeszkadzała gojeniu się rany. Po

zespojeniu wszystkich ścięgien (palce i ręka były przytem naturalnie zupełnie wyprostowane) zamknąłem ranę skórną kilkoma szwami węzełkowymi i szwem kuśnierskim, a po założeniu lekko uciskającego opatrunku przeciwgnilnego i zdjęciu opaski Esmarcha ułożono kończynę na szynie grzbietowej, sięgającej od łokcia aż poza drugą falangę palców. Operacya cała trwała około 25 minut. Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy. Opatrunek zmieniono po 8 dniach, przyczem stwierdzono, że dziecko na wezwanie mogło już zginać palce dowolnie prawie do kąta prostego i wyprostować je znowu przy wyprostowanym stawie nadgarstkowym. Po 14-tu dniach wyjęto resztę szwów i rozpoczęto ostrożnie męsienie przedramienia; dziecko rusza dość swobodnie palcami i może chwytać drobne przedmioty. W następnych dniach zaczęła się objawiać skłonność do przykurczenia palców, dlatego na noc zakładano szynę grzbietową od łokcia do końca palców, przez dzień zostawiano rękę wolną. W tym stanie zabrała matka dziecko do domu z poleceniem dalszego stosowania kąpieli i męsienia przedramienia, jakoteż pilnego ćwiczenia ruchów biernych i czynnych. W dniu 12/11, zatem prawie w 4 miesiące po operacyi otrzymałem od ojca dziecka następujące doniesienie: „Stan ręki mojej córki jest lepszy, ręka w stawie mało ruchoma, palców zupełnie wyprostować nie może". Według mego przekonania tę małą poprawę przypisać należy głównie niedość długiemu trwaniu, a może i zupełnemu zaniechaniu leczenia następowego. W każdym razie, choćby stan pozostał takisam, jakim był w chwili opuszczenia szpitala, to już wynik operacyi musimy nazwać bardzo dobrym.

Jak już wyżej wspomniałem, cierpienie, o którem mowa, jest bardzo rzadkie; wprawdzie angielski chirurg Ward podaje (*Lancet*, 1902, febr. 8), że w praktyce swej spotykał mniejwięcej jeden przypadek na rok. W szpitalu św. Zofii, od czasu, jak prowadzę oddział chirurgiczny, zatem od lat 18, wyżej opisany przypadek jest pierwszy, z jakim się spotkałem, a przecie liczba zgłaszających się na oddział chirurgiczny dzieci wynosi około 1200, a wogóle na wszystkie oddziały przeszło 5000 rocznie. Gdyby zresztą przypadki te były częstsze, to zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy leczenie tego cierpienia wstąpiło na nowe tory, musielibyśmy się z opisami ich spotkać znacznie częściej, niż to ma miejsce.

Choroba ta jest prawie wyłączną właściwością wieku dziecięcego: na 27 zestawionych przezemnie przypadków było 19 dzieci do 8 roku życia, 4 między 9 a 12 rokiem, a tylko 4 przypadki tyczyły starszych do 21 roku życia. Wszystkie opisane przypadki odnosiły się do kończyny górnej z wyjątkiem jednego (przyp. Nr. 9 w tabeli), gdzie schorzałe były mięśnie podudzia; a i ten przypadek nie jest czysty i zaliczyćby go raczej można do przykurczeń, powstających po długotrwałych ropieniach w tkance międzymięśniowej.

Powód cierpienia w przeważnej części przypadków był jednaki: dziecko doznało złamania kości przedramienia lub dolnego odcinka ramienia, założono opatrunek szynowy lub gipsowy, pod którym ręka obrzmiała, zsiniała i już w kilkanaście godzin palce zaczęły się kurczyć. Po zdjęciu opatrunku bardzo często, bo 18 razy w 27 przypadków, znaleziono mniej lub więcej rozległą zgorzel, a następnie owrzodzenie, lub przynajmniej pęcherze na skórę, jako znak zbytniego ucisku i utrudnienia krążenia krwi. Zmiany te wytwarzały się bardzo szybko, czasem znaleziono je przy zdjęciu opatrunku w kilkanaście godzin. W nielicznych przypadkach powód cierpienia był inny: np. nagłe zatamowanie dopływu krwi po zatkaniu tętnicy pachowej przez kulę (przypadek Schloffera Nr. 17 tabeli); zbyt długie i za mocne zasznurowanie kończyny wężem gumowym (przypadek Wallisa, Nr. 16 tabeli), lub wreszcie bardzo silne zgniecenie mięśni przedramienia bez złamania kości i bez następnego zakładania opatrunku ustalającego, jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Bernarda (Nr. tabeli 15); ciekawy przypadek Warda (Nr. 22 tabeli), w którym przedramię 21-letniej dziewczyny chwycone zostało między sprychy maszyny tkackiej i mięśnie zginacze na małej wprawdzie przestrzeni, zostały tak silnie zgniecione, że jeszcze po kilkunastu tygodniach w miejscu tem było widoczne zagłębienie.

W dalszym przebiegu obrzęk i zasinienie ręki zwykle ustępują, natomiast przykurczenie ręki i palców się powiększa. W lżejszych przypadkach przykurczenie ogranicza się tylko do 4 palców. Kciuk może pozostać zdrowy; w cięższych przykurczenie zajmuje staw nadgarstkowy i palce tak, że równoczesne ich wyprostowanie jest niemożebne, w najcięższych ręka i palce są stale przykurczone, nawet tak mocno, że paznokcie wbijają się w dłoń, ruchy czynne i bierne są zupełnie zniesione. W tych wysokich okresach choroby całe przedramię jest chude i cienkie z powodu zaniku mięśni zginaczy, które dadzą się wymacać jako twarde niepodatne postronki, w bardzo zadawnionych przypadkach po kilkuletniem trwaniu całe przedramię jest krótsze z powodu powolniejszego wzrostu kości (przyp. Dudgeon'a Nr. 16 i 24 tabeli).

Patologia zmian powstających przy tem cierpieniu w mięśniach nie jest jeszcze na pewno ustalona. Volkmann, ktory pierwszy opisał przypadki tej choroby, odnosi je do nagłego przerwania regularnego dopływu krwi do mięśni. Przerwa ta może być sprowadzona albo przez zamknięcie głównych tętnic, jak np. w wspomnianym przypadku Schloffera, lub przypadku Petersena, w którym odłamki kostne zatkały zupełnie światło tętnicy łokciowej, albo, jak to ma miejsce w przeważnej części przypadków, wskutek za mocnego ucisku opatrunku ustalającego. Wskutek ucisku tego, powiększającego się jeszcze w miarę, jak przedramię pod opatrunkiem obrzmiewa, dopływ krwi tętniczej jest utrudniony, a zastój żylny i połączony z tem wysięk surowiczy między tkanki przyczynia się jeszcze bardziej do upośledzenia odżywiania mięśni; kurczliwa ich istota krzepnie i rozpada się, mięśnie zatem popadają w tensam stan stężenia, co po śmierci, *rigor mortis*, a wynikiem tego zniesienie ich kurczliwości i zmniejszenie długości, co się naturalnie objawia przykurczeniem palców i ręki mniej lub więcej rozległem w miarę, ile i w jakim stopniu mięśnie uległy zwyrodnieniu. Następnie wśród zmienionych włókien mięsnych występuje naciek drobnokomórkowy, tkanka łączna śródmięśniowa również przerasta, a kurcząc się coraz bardziej, przyczynia się do powiększenia i ustalenia powstałych przykurczeń. Podobne wyniki dały badania Lesara, a Kraske opisał zupełnie podobne zmiany w mięśniach wystawionych na działanie zimna.

Toby były przypadki czystej, tak zwanej przez Volk-

manna *paralysis ischaemica*. Zdarzają się jednak przypadki o przebiegu i następstwach takichsamych, w których jednak brak głównego warunku zwyrodnienia mięśni, a mianowicie brak dłuższej i znaczniejszej przerwy w dopływie krwi tętniczej do mięśni; tu zaliczyć musimy przypadki silnego stłuczenia, zgniecenia lub przerwania mięśni zginaczy bez złamania kości; przypadki, w których nie zakładano żadnych opasek ustalających, lub w których pod opaską nie wystąpiły objawy zastoju. Pzyznać wreszcie trzeba, że nawet zupełne przerwanie dopływu krwi tętniczej, np. po założeniu opaski Esmarcha, trwające nawet godzinę i pół (przypadek Wallisa, Nr. 16 w tablicy), samo przez się nie może sprowadzić obumarcia tkanki mięsnej; również nie może być powodem tego ucisk przez wylaną podskórnie krew przy zgnieceniu lub przedarciu mięśni, w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy się spotykać z następowem porażeniem i przykurczeniem mięśni daleko częściej, niż to ma miejsce. Muszą więc tutaj działać inne czynniki. Zmiany występujące po ucisku opaski Esmarcha tłómaczy Wallis w swoim przypadku w ten sposób, że występujące po zdjęciu opaski przekrwienie, widoczne często w znacznym stopniu w skórze, sprowadza w tkance mięśniowej drobne wynaczynienia i wysięk surowiczy, wskutek czego włókna mięsne nasiąkają istotą włóknikotwórczą, prowadzącą do rozrostu tkanki łącznej, a w następstwie do zaniku większej lub mniejszej części włókien mięsnych i skrócenia całego mięśnia. Tłómaczenie to podobne jest do tłómaczenia zmian, spotykanych przy przechodzeniu spraw zapalnych na sąsiednie mięśnie, np. przy ropieniach podskórnych, szerzących się wzdłuż przestworów międzymięśniowych. I w tych bowiem badania np. Zieglera wykazały, że pęczki włókien mięsnych są przesiąkłe surowicą i naciekłe drobnokomórkowo, istota kurczliwa obumiera, a miejsce jej zajmuje kurcząca się coraz bardziej tkanka łączna; jako ostateczny wynik mamy więc znowu zanik mięśnia i jego skrócenie. Na tej podstawie niektórzy autorowie chcieli też uważać owrzodzenie, powstałe pod opatrunkami ustalającymi, jako powód do następowych zmian w mięśniach. Przypuszczenie to jednak nie może się ostać wobec faktu, że właśnie w tych przypadkach porażenie i przykurczenie się mięśni występowało tak szybko, że do wytworzenia się owrzodzenia i ropienia nie było jeszcze czasu, wreszcie i wobec tej okoliczności, że owrzodzenia te często umiejscowieniem swem nie odpowiadały leżącym pod skórą brzuścom mięśni zginaczy, lecz znajdowały się w innych miejscach, czasem np. na tylnej stronie przedramienia. Natomiast bardzo ważne dla wytłómaczenia zajmującego nas tu cierpienia są przypadki, które dowodzą dobitnie, że po urazie mięśnia, choćby miejscowym, może nastąpić zwyrodnienie jego włókien na znacznej przestrzeni. J. Schnitzler n. p. opisuje (*Centralbl. für Chir.* 1895, 10) przypadek, w którym po złamaniu powikłanem kości ramieniowej przyszło w dolnym odcinku mięśnia dwugłowego do ograniczonego obumarcia tkanki mięśniowej; część obumarła przedstawiała się jako obrzęk wielkości orzecha włoskiego, twardy, pod skórą zupełnie prawidłową mało przesuwalny, utrudniający zginanie w łokciu. Przy zabiegu operacyjnym, podjętym w celu wyłuszczenia guza, przekonano się, że był otoczony cienką warstwą zdrowych włókien mięśniowych, odgraniczony od nich dokładnie torebką łącznotkankową. Przy badaniu drobnowidowem stwierdzono zwyrodnienie woskowe i rozpad, a w innych częściach zanik wyraźnego prążkowania włókien mięśniowych. Przypadek ten, przedstawiający niejako odsłoinę (sekwester) mięśniową, przemawia bardzo za podniesionem przez Kadera (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.* II. 5) podobieństwem niektórych postaci pierwotnego zapalenia mięśni z zapaleniem kości (*quiet necrosis Pageta* lub *osteomyelite d'emblée* Demoulina). Możliwość włóknistego zwyrodnienia i następowego przykurczenia się mięśnia po urazach przedstawia najlepiej mięsień mostkowo-obojczykowosutkowy. Jakąkolwiek bowiem przyjmiemy teoryę powstawania szyi krzywej (*torticollis*) wrodzonej, musimy przyznać, że uraz stanowi tu bardzo ważny, jeżeli niejedyny czynnik etyologiczny. Ze spostrzeżeń własnych, dość licznych, mogę stanowczo potwierdzić zdanie Kadera (*Beiträge zur klin. Chir.* XVII. 1. i XVIII. 1.), zresztą, jak się zdaje, dziś już prawie ogólnie przyjęte, że w przeważnej części przypadków rozerwanie mniejszej, lub większej części włókien tego mięśnia podczas porodu i następowe wybroczyny krwi do niego są pierwszym powodem włóknistego zwyrodnienia i przykurczenia się mięśnia. Przypadków takich, spostrzeganych od pierwszych dni po urodzeniu, następnie przez szereg lat, mam kilka, a przy zabiegu operacyjnym stwierdziłem, że włókniste zwyrodnienie rozchodziło się od miejsca pierwotnej siedziby obrzęku. Analogię obu tych cierpień stwierdza jeszcze bardziej przypadek, opisany przez Königa, w którym u noworodka przy uwalnianiu rączki rozerwano mięśnie zginacze palców, poczem rozwinęło się przykurczenie ręki i palców.

O ile do zwyrodnienia mięśni przyczynia się proces zapalny, wywołany może krążącemi we krwi istotami zakaźnemi, które wśród wylanej krwi znajdują doskonałe miejsce rozwoju, tego na razie nie mogę rozstrzygnąć. Może zresztą rzecz się ma taksamo, jak przy tak zwanych „reumatycznych“ zbliznowaceniach mięśni (*rheumatische Schwiele*), opisywanych przez wielu autorów. Do tem większego powikłania i utrudnienia tłómaczenia objawów chorobowych przyczyniają się jeszcze zmiany w pniach i gałęziach nerwowych. Można bowiem przypuścić już *a priori*, że przy znacznem uszkodzeniu kości i mięśni przedramienia lub dolnego odcinka ramienia, ucierpieć mogą także i nerwy. I rzeczywiście zmiany w nich zostały wprost stwierdzone przy zabiegu operacyjnym, np. w przypadkach Petersena i Wallisa nerw środkowy obrośnięty był bliznowatą tkanką łączną. W innych przypadkach zmiany odżywcze, pojawiające się najczęściej w palcach, jak zanik skóry i owrzodzenia, przemawiają za uszkodzeniem włókien odżywczych; w innych za współcierpieniem nerwów świadczą zmiany w oddziaływaniu na prąd elektryczny. Według badania bowiem Erba, Turneya i innych w pierwotnych zmianach w samych mięśniach oddziaływanie na prąd przerywany i stały jest prawidłowe; w porażeniach zaś, spowodowanych przez schorzenie odnośnego nerwu, występuje tak zwany odczyn zwyrodnienia. W każdym razie jestto czynnik ważny o tyle, że w tych powikłanych przypadkach porażenie może zająć z początku liczniejsze grupy mięśni, niżby to odpowiadało samym pierwotnie schorzałym mięśniom. (Dok. nastąpi).

II. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Odma pęcherzykowa jelit (*Pneumatosis cystoides intestinorum*).

Podał
Dr. Stanisław Ciechanowski,
asystent Zakładu, prof. nadzw. U. J.

(Według wykładu na Zjeździe chir. polskich).

(Dokończenie).

Objawy zapalenia ostrego w postaci obecności leukocytów wielojądrzastych w ścianach naczyń i w tkance spotykano tak niestale, że temu szczegółowi żadnego nie można przypisać znaczenia. Natomiast trafiają się wzmianki o „zapaleniu przewlekłem", jednakże w rozmaitem znaczeniu. Dupraz np. pisząc o niem, ma na myśli „lymphangoite proliférante", która ma się objawiać przekształcaniem się śródbłonków limfatycznych w komórki olbrzymie i którą uważa za sprawę, równoczesną z pojawianiem się gazu, a od niego zależną. Natomiast Eisenlohr, Camargo, Marchiafava mówią o naciekach komórkowych w sąsiedztwie torbielków gazowych. Niektórzy autorowie wyraźnie wspominają o braku wszelkich zjawisk zapalnych (Roth, Hibler w przypadku v. Hackera)

Na pojawianie się tkanki włóknistej w ścianie jelit, na jej siedzibę, stosunek do pęcherzyków gazowych, ich wielkości, rodzaju i wyściółki, o ile stwierdzić zdołałem, nikt prawie nie zwracał uwagi. Jeden tylko Winands wspomina o ogniskach włóknistych w błonie podśluzowej, zawierających w środku tkankę wiotszą, niekiedy poprzerzynaną szczelinami bez wyściółki śródbłonkowej, i przypuszcza, że ogniska te są resztkami zapadłych i zarosłych torbielków gazonośnych. Nie napotkałem też nigdzie wzmianki o szczegółowem badaniu stanu elastycznej tkanki jelita. A brak tych badań jest tem dotkliwszy, że są to właśnie szczegóły, jakby się z moich preparatów zdawało, ważne ze względu na wyświetlenie sposobu powstawania i całego toku sprawy chorobowej.

Tyle co do anatomii i histologii, oraz wysnutych z nich dotychczas poglądów, w sprawie odmy pęcherzykowej jelit. Ale oprócz przypadków zmiany tej w jelitach u ludzi i zwierząt istnieją spostrzeżenia podobnych zmian w innych narządach u ludzi. Wobec rzadkości podobnych do naszego przypadków mają i te spostrzeżenia dla nas wagę; trzeba więc je, choćby jak najtreściwiej, przebiedz.

W zakresie przewodu pokarmowego opisano obecność pęcherzyków gazu także jeszcze w ścianie żołądka. Przypadków takich jest tylko dwa. Jeden, Cloqueta, pochodzi jeszcze z roku 1820, dotyczy 20-letniego osobnika, zmarłego na gruźlicę; brak mu oczywiście badania mikroskopowego, a opis badania gołem okiem jest na tyle niejasny, iż jedni autorowie (np. Winands) uważają napotkane przez Cloqueta zmiany za zjawisko pośmiertne, drudzy zaś (Dupraz) w sporze z tamtymi nie mogą posłużyć się silniejszym dowodem, niż wzmianka Cloqueta, że przy sekcyi nie zauważono gnicia. W każdym więc razie nie jestto przypadek pewny. Niejakie wątpliwości budzi także i drugie spostrzeżenie, Dupraza, z roku 1895, w którem oprócz niewątpliwej odmy pęcherzykowej jelit znalazł obducent, prof. Zahn, kilka pęcherzyków gazowych w dnie żołądka. Ale pęcherzyki te znajdowały się tylko w błonie podśluzowej; sekcyi dokonano dopiero w dwie doby po śmierci; badaniem mikroskopowem nie stwierdził Dupraz nigdzie w obrębie żołądka znamiennych komórek olbrzymich, a mierne nacieki komórkowe, które on uważa za dowód swej „lymphangoite proliférante", równie słusznie odnieść można do istniejącego w tym przypadku przewlekłego nieżytu; wobec tego wszystkiego nie można nabrać stanowczego przekonania, że zmiany w żołądku nie były wynikiem gnicia, chociaż obok nich mogła istnieć rzeczywista odma pęcherzykowa jelit. Bądźcobądź ani jeden, ani drugi przypadek rzekomej odmy pęcherzykowej żołądka nie może nam się przydać do porównań.

W pęcherzu moczowym spostrzegano odmę pęcherzykową również tylko dwa razy: są to spostrzeżenia, podane przez Camargo i Eisenlohra. Obraz histologiczny miał być w tych przypadkach takisam, jak w odmie pęcherzykowej jelit, nie wyłączając obecności komórek olbrzymich.

Daleko natomiast liczniejsze i ważniejsze są spostrzeżenia pęcherzycy gazowej pochwy. Liczba ich dochodzi dziś około 50. Najdawniejsze zdaje się być spostrzeżenie Huguiera (1857), potem Brauna (1861). Wszystkich tych spostrzeżeń przytaczać tu nie będę, bo wiele z nich spostrzegano tylko klinicznie i wcale nie badano mikroskopowo, a te, które badano przed pracami Eppingera i Chiarego, opisywano nieraz tak niedokładnie, a tłómaczono tak nieumiejętnie, że i opisy i ich tłómaczenie dziś są zupełnie bezużyteczne. Zresztą spostrzeżenia te zestawiali już to obszerniej, już to treściwiej Eisenlohr, Winands i Lindenthal. Wspomnę tu tylko, że przed badaniami Eppingera i Chiarego najczęściej uważano gromadzenie się gazów w torbielkach za zjawisko późniejsze, następowe, a za sprawę pierwotną wytwarzanie się torbielków bądźto z gruczołów, ulegających zmianom po zalepieniu się ujścia, bądź z grudek limfatycznych, bądź między zlepiającymi się ze sobą wybujałymi fałdami błony śluzowej. Zapatrywania te obalił Eppinger przez dokładne badanie histologiczne 6 przypadków i wypowiedział zdanie, że pierwotnem jest prawdopodobnie działanie gazu, mechanicznie rozpierającego tkankę. Dopiero jednak Chiari w r. 1885 opisał w pęcherzykach gazowych pochwy znamienne komórki olbrzymie i pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że pęcherzyca gazowa pochwy jest sprawą, bardzo pokrewną odmie pęcherzykowej jelit. Chiari odszukał też komórki olbrzymie w preparatach trzech z 6 przypadków Eppingera. Późniejsze badania nie dodały już pod względem histologicznym nic nowego, a stwierdziły tylko, iż w obrazie drobnowidowym pęcherzycy gazowej pochwy spotyka się wszystkie te główne szczegóły, jakie opisywano w odmie pęcherzykowej jelit i że sprawy te w zasadzie niczem się od siebie nie różnią.

U nas zabierał głos w tej sprawie Obrzut w roku 1888, przedstawiając V. Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich wyniki badań, dokonanych w jego pracowni przez Jacobsa z Brukseli, a ogłoszonych potem w języku francuskim.

Właśnie jednak pęcherzyca gazowa pochwy wskutek tego, że spostrzegano ją stosunkowo najczęściej i że zajmowało się nią najwięcej badaczy, była źródłem najdłuższych i najzaciętszych sporów o to, skąd właściwie bierze się gaz w głębi

tkanek. Z początku, gdy jeszcze przypuszczano, że pęcherzyki powstają w obrębie zalepionych przy ujściu gruczołów lub uchyłków między zlepiającymi się fałdami błony śluzowej pochwy, sądzono, że gaz powstaje przez rozkład zalegającej w takich zaułkach wydzieliny pochwy. Skoro jednak pojawiły się dokładniejsze badania histologiczne, oczywiście zapatrywanie to nie mogło się utrzymać, a natomiast przypuszczać poczęto, że gaz dostaje się w głąb tkanek przez szczeliny w pokrywie nabłonkowej wskutek aspiracyi z zewnątrz; w pochwie więc miałoby się dostawać do tkanek powietrze z jej światła (Eppinger, Chiari), poczem już nie może się cofnąć z powodu krętego przebiegu szczelin limfatycznych, do których się dostało (Chiari). Zapatrywanie to zdawało się tem słuszniejsze, gdy Chenevière (Archiv für Gynäkologie T. XI) wykazał, że przy zmianie położenia macicy ciężarnej zmienia się ciśnienie w pochwie, a powietrze, które się do niej dostało, mogłoby wedrzeć się do tkanek (a właśnie u ciężarnych spostrzegano pęcherzycę gazową pochwy najczęściej), i gdy badania chemiczne gazu, znajdującego się w pęcherzykach, stwierdziły, iż skład jego bardzo się zbliża do składu powietrza, o czem jeszcze później wspomnę. Mimoto i później jeszcze odzywały się zdania, że gaz nie wdziera się do tkanki z zewnątrz, lecz powstaje w niej na miejscu, bądź z rozpadu ciałek czerwonych w wybroczynach (Lebedeff), bądź z surowicy, gromadzącej się w torbielkach, przyczem jednak nie określano dokładniej, w jaki to dzieje się sposób. Ale i jedno i drugie zdanie przycichło, gdy potężniejąca bakteryologia wykryła drobnoustroje, mogące po osiedleniu się w tkance wytwarzać gazy. Już Eppinger, znalazłszy w swem VI spostrzeżeniu bakterye wśród tkanki, wyraził przypuszczenie, że i one mogłyby być źródłem powstawania gazu w tkankach, jednakże dopiero Eisenlohr stanowczo za taką, a nie inną przyczyną pęcherzycy gazowej się oświadczył i zapatrywanie swoje poparł niezbitymi napozór dowodami, mianowicie wyhodowaniem gazotwórczych bakteryi.

Spór o to, czy gaz powstaje w samej tkance, teraz już pod wpływem bakteryi, czy wdziera się do niej z zewnątrz, trwa jednak w zmienionej tej postaci i dalej. Zwolennicy pierwszego zapatrywania opierają się na dodatnich wynikach hodowli, na obecności bakteryi w tkance, a nawet na eksperymencie (Dupraz). Przeciwników ich najwięcej wśród weterynarzy: ci znowu odwołują się na brak bakteryi w tkankach, na ujemny zawsze wynik hodowli w przypadkach, spostrzeganych u zwierząt.

Przyjrzyjmy się dokładniej dowodom jednej i drugiej strony.

Przedewszystkiem spostrzegamy, że tych, którym powiodło się wykryć bakterye i w tkance mikroskopowo i przez hodowlę, jest znacznie mniej, niż tych, którym się to nie powiodło i że pierwsi opierają się na badaniu tylko z ludzi pochodzącego materyału. A waży to niemało na szali, bo szczególnie przy zakładaniu hodowli ze zwłok ludzkich, zwłaszcza z jelit, nietrudno o zanieczyszczenia, a wobec wielkiej rzadkości pęcherzycy gazowej u ludzi przypadków zbadanych w ten sposób jest zaledwo kilka; stosunkowa zaś częstość zmiany tej u zwierząt w niektórych okolicach zapewniała badaczom bardzo obfity i zupełnie świeży materyał.

Co więcej, ci, którzy bakterye znaleźli, opisują je najrozmaiciej. I tak Eisenlohr znalazł w swoim jednym przypadku prątki i ziarenkowce; wyhodował tylko prątki, rosnące przy dostępie powietrza, wytwarzające gaz (H, O i CO_2) powoli w pożywce żelatynowej. Hahn w preparatach, świeżo sporządzonych, znalazł ziarenkowce; w hodowlach na surowicy tylko krótkie prątki, nie dające się dalej przeszczepiać: Dupraz znów w swoich przypadkach wykrył i wyhodował tylko ziarenkowce i to beztlenowce, Klein zaś w jednem spostrzeżeniu widział i ziarenkowce i prątki, ale tylko prątki, tlenowce, wytwarzały gaz w hodowli i to przez czas krótki. Miwa uzyskał wprawdzie hodowle bliżej nie określonych, na ocukrzonym agarze wytwarzających gaz bakteryi, ale w tkankach, w szczególności w obrębie pęcherzyków gazonośnych, nie znalazł żadnych bakteryi. Winands i Camargo widzieli w tkance rozmaite bakterye, których nie hodowali; zresztą pierwszy nie przypisuje bakteryom znalezionym większego znaczenia, drugi sądzi, że mogą one zadziałać tylko wobec pewnych warunków usposabiających. Znalezione przez różnych badaczy bakterye rozmaicie się też zachowywały wobec barwików. Nie liczę tu dodatniego wyniku Lindenthala, bo wyhodowane przez niego prątki, względne beztlenowce, barwiące się sposobem Grama, wywoływały wprawdzie zgorzel gazową ostrą, ale jestto sprawa, od pęcherzycy gazowej zupełnie różna, jak to już Dupraz podniósł.

Natomiast w innych przypadkach u ludzi, jak Hackera-Hiblera, Pelnařa, naszym, — w jelitach, Kümmela, Jakobsa (Obrzuta) i in. — w pochwie, albo wcale nie znaleziono bakteryi, albo też znaleziono je tylko w najpowierzchowniejszych warstwach błony śluzowej i to rozmieszczone w ten sposób, że napewno można ich obecność uważać za skutek rozpoczynającego się już gnicia. Jeżeli wobec tego wielu powątpiewa, czy źródłem gazu w tkankach w przypadkach pęcherzycy gazowej u ludzi są bakterye, to ci, którzy sprawę tę badali u zwierząt, stanowczo już temu przeczą (Roth, Schmutzer, Ostertag). Szczególną wagę mają ujemne wyniki licznych i na świeżym materyale dokonanych badań Ostertaga, które skłaniają tego autora do przyłączenia się do zdania Rotha, iż przyczyną nie jest żaden z zarazków, wykazalnych obecnie nam znanymi sposobami badania.

Ostatecznie więc zapatrywania, że bakterye są w pęcherzycy gazowej źródłem gazów, nie można uważać za wystarczająco dowiedzione badaniami bakteryologicznemi i trafnie określa rzecz tę Pelnař: „Výklad tento nahromadění plynů — prací mikrobů — odpovídá sice duchu doby, ale o důkazu přece jenom dosud nejsme“.

Zastanawiając się nad przeciwnym poglądem, bronionym w nowszych czasach przez Schneidemühla i Schmutzera, niepodobna przypuścić, aby gazy do tkanki dostawać się mogły ze światła jelit bez istnienia jakichś przerw, szczelin w pokrywie nabłonkowej. Toteż autorowie ci sądzą, że szczeliny takie mogą tworzyć się pod wpływem urazów w czasie przewozu zwierząt, lub też od ciał obcych, przez zwierzęta połykanych. Wyraźnych wzmianek o takich przerwach nie spotyka się jednak w opisach badań histologicznych, chociaż zwrócić należy uwagę na to, że w pochwie zdarzają się torbiele jeszcze w obrębie warstwy nabłonkowej, i że opisywane przez niektórych autorów zmiany w obrębie powierzchownych grudek limfatycznych jelita, a zauważone i przeważnie w postaci rozsunięcia, rozrzedzenia tkanki, mo-

głyby być przerw takich śladem. Z badań własnych tem mniej ośmieliłbym się wysnuwać pewniejszego wniosku co do istnienia takich przerw, że badałem jeden tylko przypadek i to taki, w którym warstwa nabłonkowa jelita ulegała już zmianom pośmiertnym. Powtóre zastanowić się wypada nad wpływem, jakiby w dostawaniu się gazów w głąb tkanki mieć mogło większe ich parcie. W jelitach nietrudno o to przy jakiejkolwiek nieprawidłowej fermentacyi i nadmiernej produkcyi gazów. A tu nie bez znaczenia może być spostrzeżenie, że pęcherzycę gazową jelit widywano prawie „wyłącznie u nierogacizny i to u tych zwierząt, które miały dostawać zbyt gorącą karmę (Roth), oraz w tych okolicach, gdzie nierogaciznę karmi się ubocznymi wytworami gospodarstwa mlecznego (Motz). Może w tem przyczyna, że pęcherzycę gazową jelit spotyka się tylko u nierogacizny, gdyż tylko tę w ten sposób się karmi, i tak często w Niemczech, gdzie ten sposób karmienia znacznie więcej, niż u nas, jest rozpowszechniony. Że przy istnieniu jakichś szczelin na powierzchni tkanki i przy pewnem parciu gaz jakiś do tkanki może wtargnąć i z niej przez jakiś czas nie znikać, że do tego wcale udziału bakteryi nie potrzeba, to rzecz znana. Pomijając przypadki nieustępującej niekiedy przez czas dłuższy odmy podskórnej, przypomnieć trzeba tutaj o tak zw. *pneumatocele*, cierpieniu rzadkiem, które spostrzegał np. w roku bieżącym de Bary (Archiv f. Kinderheilkunde T. 37), a którego znacznie ciekawszy, bo długotrwały przypadek przedstawiał w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu w dniu 6. IV. 1892, Browicz (Przegląd lekarski, 1892, Nr. 20, S. 246).

Przypadek Browicza dotyczył dziewczynki dwunastoletniej. Przytaczam dosłownie opis:

Tuż ponad małżowiną ucha lewego guz jajowaty, osią dłuższą poprzecznie ułożony, długi 10 ctm., szeroki 5 ctm., który miał powstawać powoli przed 5 miesiącami bez wiadomej przyczyny. Skóra nad guzem prawidłowa, guz nie bolesny, chełboczący, przy ugniataniu niekiedy trzeszczenie. Prawie na całym obwodzie guza wymacać można brzeg, a raczej wał kostny. Badanie ucha: zwężenie przewodu zewnętrznego wskutek wypuklenia skóry, pokrywającej górną ścianę przewodu, tak, że widać tylko tylny i dolny odcinek błony bębenkowej. Prócz nieznacznego, odpowiedniego do stopnia zwężenia upośledzenia słuchu, — stan ucha środkowego prawidłowy. Wziernikowanie jamy nosowogardłowej nie wykazuje zboczeń. Po nakłuciu guza z szelestem uchodzi powietrze, żadnej treści płynnej niema, guz znika, o ile wakostny na to zezwala, tożsamo prawie zupełnie zwężenie przewodu zewnętrznego. Po próbie Valsalwy powraca stan pierwotny. Jestto więc guz powietrzny, tak zw. pneumatocele. Stany takie powstają najczęściej ponad wyrostkiem sutkowym wskutek dostania się powietrza z jamy bębenkowej pod okostną, a względnie pod skórę. Powodem bywa np. forsowne siąkanie, kichanie, lub uraz zewnętrzny, a podstawą budowa kości skroniowej, która mianowicie ze względu na rozległość i rozwój przestworów powietrznych, około jamy bębenkowej znajdujących się, przedstawia bardzo znaczne i często indywidualne różnice. Niekiedy we wszystkich częściach k. skroniowej przestwory powietrzne są bardzo rozwinięte, a nawet sięgają w kość potyliczną i komunikują z jamą bębenkową. Nadto w zewnętrznej blaszce istoty kostnej mogą się znajdować szczeliny, przez które powietrze dostać się może pod okostną lub skórę, albo też blaszki takie są nader cienkie tak, iż pod naciskiem palca gną się i łatwo po urazie pękają. W celu usunięcia wskazane jest przecięcie ścian guza powietrznego i ucisk w celu wywołania przyrośnięcia oddzielonej okostnej. (Co później z pomyślnym wynikiem wykonał w tym przypadku w klinice Rydygiera, Kryński).

Przypadek ten z tego także względu jest bardzo pouczający, ponieważ u podstawy długo utrzymującego się guza wytworzył się wał kostny, w czemby można poniekąd upatrywać zjawisko pokrewne tym zmianom, jakie rozwijają się około pęcherzyków gazowych w odmie pęcherzykowej.

Zdawałoby się, że niejaką wskazówką co do źródła gazów w tkance mógłby być ich skład chemiczny. Toteż już oddawna, jeszcze w erze przedbakteryologicznej, dokonywano odpowiednich badań, a oczywiście nie zaniechano ich i wtedy, gdy już bakteryom przypisywano główne znaczenie w powstawaniu pęcherzycy gazowej. Byłto napozór najprostszy i najpewniejszy sposób stwierdzenia wypowiadanych różnych przypuszczeń, bo jeżeliby gaz wytwarzały w tkance bakterye, to i w hodowlach uzyskany gaz powinienby mieć skład podobny, — jeżeli zaś gaz wdziera się do tkanki z zewnątrz, to musi i w tkance zachować poniekąd piętno swego pochodzenia. Toteż, gdy chemicy Lerch, Welponer i Klauser stwierdzili, że gaz w pęcherzycy gazowej pochwy składa się z mięszaniny tlenu i azotu w tym niemal stosunku, jak w powietrzu atmosferycznem, sprawa zdawała się już rozwiązana w myśl zapatrywań Eppingera, że w pochwie dostaje się w głąb tkanek powietrze, znajdujące się niekiedy w jej świetle. Niestety nie uwzględniono wtedy, że niemal taki sam skład gazów stwierdził jeszcze Bischoff w przypadku Mayera odmy pęcherzykowej jelit, gdzie raczej należałoby spodziewać się takich gazów, jakie zwykle wytwarzają się w jelitach, nie zaś powietrza. Przepomniano też o ostrzeżeniu Klebsa i nie zwrócono większej uwagi na zdanie Lebedeffa, żeby rozbiorom gazu nie przypisywać zbyt wielkiej wartości, gdyż bardzo prawdopodobnie już po śmierci zmienić się może skład gazu w pęcherzykach wskutek dyfuzyi. Ostrzeżenie to rozszerzyćby należało także na podania składu gazów w tkankach, wycinanych za życia. Wówczas bowiem także szybko i łatwo stać się mogą ścianki pęcherzyków gazonośnych przepuszczalnemi, choćby nimi nie były w głębi żywych tkanek, zdala od wpływów atmosfery. Słuszności owych ostrzeżeń dowodzi to, że i wszystkie późniejsze rozbiory gazów z odmy pęcherzykowej wypadały dość jednostajnie bez względu na to, w jakich warunkach i na jakim materyale ich dokonano. Rozbiory Krummachera, Dreyera, Rotha, Ostertaga różnią się tylko niewielkiemi wahaniami w stosunku ilościowym stale znajdowanej mieszaniny tlenu z azotem lub drobną domieszką kwasu węglowego (Dreyer). Tylko Dupraz znalazł (u świń) znaczniejszą ilość kwasu węglowego, obok tego amoniak, siarkowodór, tlen i azot.

Rozbiory gazów nie dostarczyły więc żadnych dowodów ani na jedno, ani na drugie przypuszczenie pochodzenia gazów. Obecność znacznych ilości azotu przemawiałaby wręcz przeciwko przypuszczeniu, że gaz wytwarzają bakterye, gdyby można nie liczyć się z dyfuzyą. Nawet zaś znalezione przez Dupraza domieszki siarkowodoru i amoniaku nie mogą poprzeć tego przypuszczenia, gdyż gazy te mogą się znajdować w świetle jelit i stamtąd dopiero dostawać się w ich ściany. Z drugiej znów strony skład gazów, znalezionych w pęcherzykach, tak się różni od składu zwykłych gazów jelitowych, że wyjaśnić go można tylko przenikaniem powietrza do pęcherzyków już po wycięciu tkanki lub po otwarciu jamy brzusznej po śmierci.

Co gorsza, uzyskanie z odmy pęcherzykowej gazów w prawdziwym ich składzie, zdaje się należeć do zadań bardzo trudno lub wcale nie wykonalnych. Rękojmię ich czystości dawałoby chyba schwytanie ich nad rtęcią w chwili

otwarcia jamy brzusznej u żywych zwierząt, a przecież trudno sobie wyobrazić laparotomię, dokonaną w ten sposób; i to jeszcze trzebaby przedtem wynaleźć niezawodny sposób klinicznego rozpoznawania pęcherzycy gazowej jelit, bo jakże inaczej dobrać odpowiedni materyał?

Pozostawałaby, jako ostatnia ucieczka, próba wywołania sztucznej odmy pęcherzykowej; doświadczenia takie podejmowali też zarówno zwolennicy jednego, jak i drugiego zapatrywania. Doświadczeń tych jednak było mało, i to, z jedynym wyjątkiem, nie udawały się. Pierwsze doświadczenia, bez skutku, wykonał Eisenlohr; zresztą najwybitniejsi szermierze teoryi bakteryjnej, Dupraz i Lindenthal, powątpiewają, czy bakterye, wyhodowane i szczepione zwierzętom przez Eisenlohra, były rzeczywiście temi, które wywołują odmę pęcherzykową. Nie więcej sprzyjało szczęście Lindenthalowi, czemu dziwić się trudno, gdyż wyhodowane przez niego bakterye ostrej zgorzeli gazowej z pewnością nie były swoistym zarazkiem zgoła innej sprawy, jaką jest przewlekła odma pęcherzykowa. Również nie odniosły skutku doświadczenia Miwy z bakteryami, które ze swego przypadku wyhodował.

Zapomocą wstrzykiwania powietrza dawniej już próbował wywołać pęcherzycę gazową pochwy Naecke; i tu jednak z góry przewidzieć może można było niepowodzenie, zważywszy, że przez wielkie stosunkowo otwory, jakie pozostawia igła strzykawki, powietrze łatwo cofnąć się mogło, a sposób zatrzymania go w tkance pochwy trudno obmyśleć.

Jedynym wybrańcem losu zdaje się być Dupraz. I on jednak, dopóki używał do doświadczeń ziarenkowców, wyhodowanych przez siebie na podłożu zasadowem, nie wywołał sztucznie odmy pęcherzykowej, bez względu na to, czy hodowle wstrzykiwał podskórnie, do żył, czy pod błonę surowiczą jelit i czy stwarzał lub nie zastój żylny (przy wstrzykiwaniu podskórnem), który uważa za czynnik usposabiający. Dopiero u jednego królika po wstrzyknięciu w ścianę jelita i żołądka hodowli, uzyskanej na podłożu kwaśnem, znalazł Dupraz po dniach 15, gdy królik padł z ostrego zapalenia jelit, „des vésicules microscopiques d'emphysème près des points, ou l'injection avait été faite". Niestety opis badania drobnowidowego jest zbyt pobieżny, aby można nabrać przekonania, że sprawa, którą w tem doświadczeniu Dupraz stwierdził, była istotnie sztuczną pęcherzycą gazową; sam on nie uważa tego doświadczenia za pewne z powodu owego powikłania zapaleniem jelit, a nadto wyraźnie wspomina, że nie było komórek olbrzymich, które jedynie są cechą histologiczną znamienną i pewną, przynajmniej w jelitach. W innych dwóch doświadczeniach po wstrzyknięciu hodowli z podłoża kwaśnego w ścianę kiszki i pod błonę śluzową pochwy sukom na nastąpiły w jelicie żadne zmiany, w pochwie po kilku miesiącach znalazły się pod tylną ścianą drobne torbielki. I znowu brak dokładnego opisu drobnowidowego. Wspomina tylko Dupraz ogólnie o komórkach olbrzymich, jedynie pewnem znamieniu sprawy: „Nous ne les avons constatées nettement, que dans le vagin d'une chienne tuée soixante et onze jours après l'inoculation". I to pobieżnie wspomniane doświadczenie jest jedynym wyjątkiem, któryby można uważać za wynik dodatni.

A jednak i ono nie stanowi jeszcze pewnego dowodu, choć zdawałoby się, że jeden wynik dodatni przeważa wszystkie ujemne. Oto jest rzeczą zastanawiającą, że ów rzekomy dodatni wynik nastąpił dopiero tak późno po doświadczeniu i że zmiany znalazły się tylko w pochwie, choć równocześnie wykonano wstrzykiwania w ścianę jelit w tychsamych warunkach i w tensam sposób, jak w ścianę pochwy. Jakaż pewność, że zmiany, znalezione w pochwie, nie były w tych doświadczeniach zjawiskiem samorodnem, od wstrzykniętych ziarenkowców niezależnem? A czy zmiany takie samorodne nie zdarzają się u suk, tego nie wiemy, boć nikt badań w tym kierunku nie podejmował. Wiemy natomiast, że Chiari znajdował komórki olbrzymie w szczelinach limfatycznych w pochwie w takich przypadkach, gdzie nie było pęcherzycy gazowej. Nawet więc obecność tych znamiennych zdawałoby się tworów wśród tkanki traci dużo ze swej wartości, o ile chodzi o pochwę i odejmuje owemu, jedynemu zresztą rzekomo zupełnie skutecznemu doświadczeniu Dupraza całą doniosłość.

Nie znalazłszy bakteryi w zmienionej tkance jelita w swoim przypadku, wobec tego, że przeciwko ich znaczeniu etyologicznemu w pęcherzycy gazowej przemawia przynajmniej tyleż względów, co za niem, podjąłem kilka doświadczeń z wstrzykiwaniem gazu w ścianę jelita u królików i u psów. Zdam z nich sprawę krótko, bo i one nie przyniosły całkowicie dodatniego wyniku; niemniej zasługiwać zdawały mi się na wzmiankę, bo mimo tego dostarczyły niejakich, acz szczupłych danych. U królików wykonywałem je bez znieczulenia, u psów po zadaniu morfiny; u jednych i drugich zapomocą zwykłej strzykawki Pravaza z cieniutką igłą. Otworki po wkłuciu częścią pozostawiałem bez zmiany, częścią starałem się zamykać zapomocą odpowiednich podwiązek jedwabnych, co jednak, o ile się zdaje, nie wpływało na wynik.

Króliki nie były do doświadczeń dogodne z powodu cienkości ściany jelita, która przy wbijaniu igiełki łatwo od zewnątrz lub wewnątrz szczelinowato się rozrywa. U obu tych królików, u których to nie nastąpiło, nagromadziło się wstrzyknięte powietrze w postaci sporych pęcherzyków pod otrzewną i wśród warstwy mięsnej w bezpośredniem sąsiedztwie miejsca wstrzyknięcia. Po kilku (4 i 7) dniach można było wprawdzie odszukać miejsca, gdzie powietrze wstrzyknięto, jednakże w niektórych miejcach, zaznaczonych trzymającemi się jeszcze podwiązkami, powietrze ze ściany jelita całkiem znikło, w innych pozostały tylko małe pęcherzyki, widocznie zaledwo resztki niewchłoniętego jeszcze powietrza.

Daleko łatwiej wstrzyknąć powietrze w grubą ścianę jelit u psa. Tu jednakże wstrzyknięcie stwarza odrazu obraz odmienny, i co szczególne, niezmiernie podobny do obrazu, zdarzającego się w samorodnej pęcherzycy jelit u świń, o ile to z rysunków, podanych przez Schneidemühla i Ostertaga, ocenić mogłem. Wstrzyknięte powietrze rozbiegało się natychmiast pod otrzewną jelit w postaci wązkich, nieregularnie pokręconych w różnych kierunkach i często łączących się ze sobą, srebrzysto błyszczących smużek i nitek; około miejsca ukłucia (naprzeciw przyczepu krezki) nie gromadziło się obficiej nigdy, natomiast pod otrzewną jelita w sąsiedztwie przyczepu krezki i w przyjelitowej części krezki powstawały liczne, drobne, groniasto zgromadzone pęcherzyki, żywo przypominając stan, od którego pochodzi nazwa „Luftblasengekröse" weterynarzy niemieckich. Po wstrzyknięciu obfitszem pojawiały się gromadki pęcherzyków w krezce także nieco dalej od jelita, zdając się towarzyszyć przebie-

gowi grubszych naczyń krwionośnych, jak to również u nierogacizny w samorodnej pęcherzycy jelit opisywano. Jednakże pozostawione same sobie, pęcherzyki te rychło znikały, bo już przy ponownych laparotomiach po 3—4 dniach widać je było tylko w niektórych miejscach i to nieliczne. Z 4 psów u 3 powtarzałem więc wstrzyknięcia powtórnie i poraz trzeci, starając się trafiać w tesame miejsca; niestety rzadko to się udawało, bo najczęściej pojawianie się pęcherzyków wzdłuż końca sąsiednich gałązek naczyniowych świadczyło, że igła nie trafiła w tosamo miejsce. Zdawało mi się, że po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu pęcherzyki utrzymywały się nieco obficiej i wyraźniej; ale napewno tego twierdzić nie mogę, bo dalszych wstrzykiwań wobec trudności trafiania w tosamo miejsce i uzasadnionej obawy zapalenia otrzewnej (u jednego psa pojawiły się obfite zlepy włóknikowe w miejscach wstrzyknięć już po drugiej laparotomii) nie próbowałem.

Że badanie mikroskopowe nie wykryło związku siedziby sztucznie utworzonych szczelin z przebiegiem naczyń limfatycznych, nawet nadmieniać nie potrzeba, skoro wstrzykiwano powietrze gdziekolwiek w tkankę; warto tu jednak stwierdzić, że mimoto u psów powstawał obraz, tak podobny do samorodnej pęcherzycy jelit u nierogacizny. Na ścianach sztucznych szczelin znaleźć było zresztą można niekiedy komórki, przypominające komórki śródbłonkowe, jak to się widzi czasem w pęcherzykach gazonośnych samorodnych; zdarzały się i komórki jakby napęczniałe. Ale nie zdołałem napewno wykazać komórek o dwu jądrach, tem mniej zaś znamiennych komórek olbrzymich. Sztuczne pęcherzyki nie miały nigdy grubszej ściany włóknistej, której zresztą z góry już trudno było się spodziewać. Gdyby nie to, byłbym mógł niektóre obrazy uznać za zupełnie podobne do niższych stopni samorodnej odmy pęcherzykowej, ale byłoby to równie mało przekonywającem, jak opisy Dupraza.

Czy można z tych kilku doświadczeń, które bądźcobądź nie doprowadziły do właściwego celu, do niewątpliwej sztucznej pęcherzycy ze wszystkiemi znamiennemi cechami wysnuć jakiekolwiek użyteczne wnioski? Mnie się zdaje, że tak. Naprzód co do związku pęcherzyków gazonośnych z naczyniami limfatycznemi. I z tych doświadczeń, jak poprzednio z samych obrazów drobnowidowych, jak z tego, co dzieje się w tkance po wstrzyknięciu parafiny, zdawałoby się wynikać, że powstawanie pęcherzycy gazowej bez związku tego obejść się może. Powtóre, i to może ważniejsze, co do sposobu działania przyczyny wywołującej. Okazało się, że prawidłowa tkanka jelita szybko stosunkowo wchłania wpędzony sztucznie gaz bez uczestnictwa czynników pomocniczych, za jakie uważałbym komórki olbrzymie. Jeżeli więc w samorodnej pęcherzycy to wessanie nie następuje, jeżeli pojawiają się koło gazu komórki olbrzymie, jakby koło jakiego ciała obcego, to nie umiałbym sobie tego inaczej wytłómaczyć, jak tylko w ten sposób, że gaz dostaje się do tkanek przez czas dłuższy i to w takiej ilości i w takiem tempie, iż raz powstałe pęcherzyki wypełniają się nim na nowo, zanim resztkę dawniejszej ich treści zdołała wchłonąć otaczająca tkanka. Wszak sztucznie wytworzone, niezbyt liczne pęcherzyki utrzymywały się, pozostawione same sobie, jeszcze częściowo przynajmniej przez dni kilka. Do tego, by koło nich wytworzyła się utrudniająca bądźcobądź ich wessanie grubsza ściana włóknista, aby pojawiły się komórki olbrzymie, przypuszczam, że i sztucznie doprowadziłby można, gdyby powiodło się ciągle w temsamem miejscu wpędzać zwolna nowe ilości gazu. Niestety, zdaje się, że te warunki stworzyć może tylko naturalna sprawa patologiczna, którą nasze ręce zgruba tylko i nieudolnie naśladować potrafią. W każdym razie jednak i te nieudatne próby przemawiają choć pośrednio za słusznością przypuszczenia, opartego na wyniku badań drobnowidowych samorodnej pęcherzycy: że to sprawa, tocząca się powoli, że przyczyna jej nie jest chwilowa, jednorazowa, lecz wywiera ciągłe, na mnóstwo drobnych cząstek rozpadające się działanie.

Wogóle więc ze wszystkiego wytworzyłem sobie o pęcherzycy gazowej zdanie następujące: Jestto sprawa, w której pierwotnym czynnikiem jest dostawanie się gazu w głąb tkanek; przestrzenie, w których gaz się gromadzi, są może niekiedy naczyniami limfatycznemi, niewątpliwie jednak mogą one powstawać także gdziekolwiek indziej przez proste rozsunięcie tkanki. Wszystkie zjawiska, które nadają pęcherzycy szczególne piętno histologiczne, są sprawą następową, późniejszą, a powstają prawdopodobnie wskutek tego, że tkanka nie mogąc wchłonąć gazu z powodu nadmiernej jego ilości i ciągłego przybywania, oddziaływać poczyna na jego obecność tak, jak zwykła oddziaływać na obecność innych ciał obcych. Wyrazem tego oddziaływania zdają się być zarówno komórki olbrzymie, jak i grube ściany włókniste starszych pęcherzyków gazonośnych.

Sprawa zajmuje naprzód tkanki, najbliższe światła narządu, a potem posuwa się coraz głębiej.

Przebieg sprawy jest przewlekły, odpowiednio do przewlekłego działania, a raczej nieustannego powtarzania się przyczyny wywołującej. Gdy przyczyna ta zniknie, może ustąpić zwolna i sprawa chorobowa, pozostawiając jednakże w tkankach mniej lub więcej wyraźne ślady w postaci ognisk włóknistych, pewnych zmian w tkance elastycznej w samym miąższu ściany dotkniętego narządu, a nawet (w jelitach) — w postaci rozmaitych, gołem okiem widocznych zmian otrzewnej (zgrubienia, kosmkowate twory).

Skąd biorą się gazy, stanowczo rozstrzygnąć nie można. Nie udowodniono dotąd wcale, żeby źródłem gazu były bakterye, osiedlające się w tkankach; ale też i mechanicznego weciśnięcia gazów ze światła kanałowatych narządów, jak jelita, pochwa, w ich ścianę stanowczymi dowodami wykazać się nie powiodło. Niemniej zaprzeczyć nie podobna, że przeciwko takiemu, czysto mechanicznemu powstawaniu pęcherzycy gazowej nie przemawiają żadne względy zasadnicze, gdy przeciw udziałowi bakteryi przemawia brak ich w wielu przypadkach, przedewszystkiem w najstosowniejszym do badania materyale, w świeżych tkankach zwierzęcych. Z tych spraw, towarzyszących pęcherzycy gazowej u ludzi, które uważano za czynnik usposabiający, żadna, jak się zdaje, nie ma w etyologii tej choroby większego znaczenia.

Nakoniec z wyników badań moich wysnuć można pewne wskazówki praktyczne co do leczenia odmy pęcherzykowej jelit.

W ostatnich czasach zalecano leczenie chirurgiczne. Jedni radzili nakłuwać i wygniatać pęcherzyki; drudzy, obawiając się, by przy wygniataniu pęcherzyków nie dostały się do otrzewnej bakterye, których obecności w pęcherzykach się domyślano, wycinali zmienioną tkankę. Otóż rzeczą klinicystów jest rozstrzygnąć, czy nadaje się do leczenia chirurgicznego sprawa, która pomimo usunięcia części powsta-

łych zmian prawdopodobnie dotąd ponawiać się będzie, dopóki działa właściwa przyczyna wywołująca, a która znów niekiedy sama, bez żadnych zabiegów, może się, jak się zdaje, wyleczyć. Ale na zasadzie badań histologicznych to stanowczo orzec można, że zalecane w pęcherzycy gazowej wycinanie całych kawałków zmienionej tkanki jest niewłaściwem i błędnem. Skoro, jak to wyraźnie z badań histologicznych wynika, wywołuje pęcherzyca głębokie zmiany w budowie ściany jelita, skoro znacznie nadweręża jej tkankę elastyczną i mięsną i skoro pęcherzyki gazonośne tworzą się na jelicie z samegoż utkania jego ściany, to usuwając pęcherzyki przez wycięcie, zabiera się część samej ściany jelita i upośledza się sprawność tej ściany poprostu jeszcze więcej, niż uczyniła to sama choroba. A przecież zasadą lecznictwa ma być: „Primum non nocere“.

Piśmiennictwo.

Odma pęcherzykowa u ludzi: *a) w przewodzie pokarmowym.* 1) Bang. Nord. med. Arkiv. T. VIII. 1876. S. 18. — 2) Cloquet. Bulletin de la Faculté de médecine de Paris. T. VII. Séance du 7 août 1820. p. 267, cyt. w Andral. Anatomie pathol. T. I, S. 421. — 3) De Camargo Thèse d. doct. Genève. 1891. — 4) Dupraz. Archives de médec. experim. et d'anat path. T. IX. 1897. S. 282. — 5) Duvernoy wedł. Combalusier: Pneumopathologie ou traité des maladies venteuses. T. I. p. 19. Paryż 1754. — 6) Eisenlohr. Zieglers Beiträge z. path. Anat. T. III. 1888. S. 101. — 7) Hahn. Deutsche medic. Wochenschrift. 1899. N. 40. S. 657. — 8) Hibler i Hacker. Innsbrucker wiss. Aerztegesellschaft 17. I 1903. Wiener klin. Wochenschrift. 1903, Nr. 12 i 14. S. 368 i 430. — 9) Holstein. Sémaine médic. 1899, Nr. 53. S. 419 (streszczenie zbiorowe). — 10) Kadjan. Russkij chirurg. Archiw 1902. Zesz. 6. S. 1183. — 11) Klebs Handbuch der pathol. Anat. T. I. S. 966. — 12) Kuskow. Bolnicznaja gaz. Botkina. 1891 7—14 okt. — 13) Marchiafava. Archiv. ital. de biol. T. I. 1882. S. 429. — 14) Miwa. Centralb. f. Chirurgie 1901. Nr. 16. S. 427. — 15) Orlandi. Gazzet. med. di Torino. 1896. S. 781. — 16) Pelnař. Rozpravy české Akademie, Trida II. Roč. IX. č. 12. i Bull. intern. Médecine. VI. An. 1901; tamże wspomniane spostrzeżenie Kučery. — 17) Tolot. Lyon médical. 1901. S. 955. — 17*b*) Vollas i Pinatelle. Lyon med. 1901. Nr. 33. — 18) Wikerhauser. Liečnički Viestnik. 1900. Zesz. 8. S. 275. — 19) Winands. Zieglers Beiträge zur path. Anat. T. 17. 1895. S. 38.

b) w narządzie moczowopłciowym: — 20) Braun. Zeits. der Gesell. d. Aerzte in Wien. T. II 1861. S. 182. — 21) Breisky. Handbuch der Frauenkrank. (Billroth-Lücke) T. III. — 22) Chénevière. Archiv f. Gynaek. T. XI. — 23) Chiari. Zeitschrift f. Heilkunde 1885. T. VI. — 24) Eppinger. Prager Vierteljahrschr. T. 20. 1873. S. 32 i Zeits. f. Heilkunde T. I. 1880. S. 369. — 25) Hückel. Virchows Archiv. T. XCIII. 1883. — 26) Hughier: Mém. de la soc. de chir. de Paris. T. I. 1847. S. 326. — 27) Jacobs. Arch. de phys norm. et path. T. XX. 1888. S. 261. — 28) Klauser i Welponer. Centralblatt für Gynaek. 1879. Nr. 14. — 29) Klein J. Centralbl. f. Gynaek. 1891. — 30) Kümmel. Virchows Archiv. T. CXIV. 1888. S. 432. — 31) Lebedeff. Archiv. f. Gynaek. T. XVIII. 1881. S. 141. — 32) Lindenthal. Wiener klin. Wochens. 1897. Nr. 1. 2. S. 3. 35. — 33) Nácke. Archiv f. Gynaek. T. IX. — 34) Obrzut. Dziennik V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 1888. Nr. 5 Str. 18. — 35) Piering. Zeits. f. Heilkunde. T. IX. — 36) Ruge. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek. T. II. — 37) Schmolling. Ueber Colpohyperplasia cystica Inaug. Diss. Berlin. 1875. — 38) Schröder-Zenker. Archiv f. klin. Med. 1874. T. XIII. S. 538. — 39) Takahasi Deutsche med. Wochens. 1888. — 40) Winckel. Archiv f. Gynaekol. T. II. — 41) Zweifel. Archiv für Gynaek. T. XII. Wreszcie prace Camargo, Dupraza i Eisenlohra, przytoczone pod *a*).

Odma pęcherzykowa u zwierząt: 1) Dupraz. Schweizer Archiv f. Thierheilk. T. XXXI. 1889 i loc. cit. — 2) Kitt. Lehrbuch der path.-anat Diagnostik f. Thierärzte. Stutt. gart. 1895. T. II. S. 145. — 3) Krummacher. Jahresbr. der thierärztl. Hochsch. zu München 1896/7. S. 70. — 4) Mayer. Hufelands Journ. der prakt. Arzneyk. u. Wundarzneyk. 1825. LXI. S. 67. wedł. Winandsa i in. — 5) Ostertag. Handbuch der Fleischbeschau. Wyd. III. 1899. S. 301. — 6) Roth. Schweizer Archiv. für Thierheilk. T. XXXI. 1889. S. 1. — 7) Schmutzer. Zeits. f. Fleisch. u. Milchhygiene. R. X. 1899 1900. Z. 2. 3. 5. S. 21. 43. 89. — 8) Schneidemühl. Die animalischen Nahrungsmittel. Berlin-Wien. 1903. S. 372.

III. Oceny i sprawozdania.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. *(Supplement und Generalregister)*, 1903, wydany przez prof. Draschego w Wiedniu K. Prochaska, Cieszyn).

„Biblioteka wszech nauk lekarskich“, wydawana przez prof. Draschego, wychodzi od kilku lat. Wydawnictwo to, będące wybornym poradnikiem lekarskim, znalazło w kołach lekarskich wielkie uznanie i skłoniło redakcyę do wydania w roku bieżącym tomu uzupełniającego. W ten sposób ukazał się teraz na półkach księgarskich „Supplement“, zawierający całość postępu i nowszych zdobyczy, które się pojawiły w ostatnich latach w dziedzinie nauk lekarskich, ze szczególnem uwzględnieniem najnowszych leków i metod leczniczych. Szereg wybitnych współpracowników daje rękojmię doboru treści. Do współpracowników należą z lekarzy polskich, oprócz sprawodawcy, koledzy: Pawiński i Heryng, a należeli do nich dziś już nieżyjący proff.: Sobierański, Obaliński i Trzebicky. Razem z tem uzupełnieniem dzieło to stanowi pełną encyklopedyę, zawierającą w porządku abecadłowym cały obszar nauk lekarskich. Porządek abecadłowy dzieła, forma encyklopedyczna pozwalają lekarzowi szybko zoryentować się i poinformować w każdej wątpliwej i trudnej kwestyi z jakiejbądź gałęzi nauk lekarskich. Poszczególne tematy opracowane są w sposób treściwy, jasny, odpowiadający najnowszemu stanowisku nauki. Obfity i wyczerpujący spis rzeczy na końcu dzieła umożliwia w każdej chwili prędkie odszukanie żądanego wyjaśnienia i świadczy o celowem jego uporządkowaniu. Potrzeba i pożyteczność takiego dzieła dla każdego lekarza jest tak widoczną, że należy ono bezwątpienia do najniezbędniejszych w podręcznym księgozbiorze. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Pfannenstiel. **Przyczynek do dyskusyi o leczeniu fałszywych położeń macicy i pochwy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 18, zeszyt 2, 1903). Autor występuje przeciw złemu, bezwzględnemu i bezmyślnemu zwyczajowi zakładania krążków w każdym przypadku nieprawidłowego położenia macicy, w szczególności tyłozgięcia i tyłopochylenia. Położenia te same przez się nie sprawiają chorej żadnych dolegliwości, chyba, że są powikłane z inną sprawą chorobową natury miejscowej lub ogólnej, i te właśnie należy leczyć, a nie zmiany położenia macicy. Wyjątkowe stanowisko, choć tylko pozornie, zajmuje wrodzone tyłopochylenie macicy o tyle, że przy tym stanie obok objawów ogólnych mogą także występować zaburzenia miejscowe, czasem bardzo ciężkie. Objawy ogólne są natury nerwowej na tle błednicy i niedokrwności; występując więc w całym ustroju, nie oszczędzają i narządu rodnego i nie zależą więc zupełnie od położenia macicy. Zastosowanie krążka w takich przypadkach jest błędem i jest przeciwwskazane. Błędem, bo u tej osoby macica właśnie tylko tak leżeć może, jak leży. Budowa bowiem i zawartość cała miednicy są do tego niejako dostosowane. U takich kobiet znajdujemy krótką pochwę, szczególnie jej ścianę przednią, sklepienia płaskie, tkanki przymaciczne i wszystkie więzadła krótkie, wogóle niedorozwój całego narządu rodnego. Trudno więc przez włożenie krążka zmusić macicę do zajęcia innego położenia. Założenie krążka jest przeciwwskazane głównie dlatego, że nietylko nie pomaga, ale nawet szkodzi, wywołując świeże dolegliwości wskutek ucisku krążka. Jedyne objawy, zawisłe od warunków miejscowych, są: miesiączkowanie bolesne (dysmenorrhoe) i bezpłodność; lecz i te należy leczyć osobno, bo i tych nieprawidłowości krążek nie usunie. Główną uwagę należy tu zwrócić na leczenie ogólne, tembardziej, że u tych kobiet cały ustrój jest zwykle wą-

tły, serce i naczynia wązkie i t. p. Tyłozgięcie macicy samo przez się również nie wywołuje żadnych dolegliwości, chyba znowu natury ogólnej (histerya), lub jeżeli jest powikłane ze zmianami miejscowemi: przewlekłe zmiany w macicy, blizny w tkankach przymacicznych, zmiany w przydatkach, obniżenia i wypadnięcia pochwy itp., te więc należy leczyć. Błędem jest stanowczo, jeżeli ktoś, odnosząc objawy, wynikające z powyższych zmian, tylko do zmiany położenia macicy, odprowadza ją i zakłada krążek, wmawiając w chorą, że już teraz wszystkie inne objawy znikną. Macica będzie może teraz dobrze leżała, ale zmiany w przydatkach lub w tkance łącznej okołomacicznej będą dalej istniały i powodowały tesame dolegliwości, jak i przedtem. Jeżeli zaś chora odczuwa pewną ulgę, to należy to przypisać poddawaniu, a częściowo i temu, że krążek przecież podnosi i wspiera trochę macicę zwykle ciężką i zmniejsza także ucisk na kiszkę stolcową; nie będzie to jednak leczenie racyonalne, bo nie skierowane przeciwko samej chorobie. Najprzód więc tę należy leczyć, a potem dopiero, jeżeli to będzie konieczne, założyć krążek. Dłużej zatrzymuje się autor nad dwoma powikłaniami tyłozgięcia; t. zw. *retroflexio uteri fixati* i *prolapsus vaginae*. Stan pierwszy jest zwykle wywołany przez zmiany zapalne w przydatkach, które wywołują czasem bardzo ciężkie objawy, bez względu na to, jak leży macica. Autor nie jest zwolennikiem metody Schultzego, który radzi w takich przypadkach uwolnić macicę w uśpieniu, gdyż zrostów wszystkich zwykle rozerwać nie można, stanu zapalnego w przydatkach przez to również się nie usuwa, owszem nie rzadko pogarsza, a nadto można stan chorej pogorszyć przez uszkodzenie jelit, naturalnie przypadkowe. Należy raczej postępować systematycznie i leczyć samo zapalenie otrzewnej miednicznej przez stosowanie kąpieli, gorących przestrzykiwań, mięsienia różnego rodzaju, a jeżeli to nie pomoże, wykonać operacyę, polegającą na przecięciu zrostów, usunięciu chorych przydatków, z możliwem oszczędzeniem jajników, odprowadzeniu i ustaleniu macicy przez przyszycie jej do powłok brzusznych, lub do przedniej ściany pochwy, a to celem zapobieżenia świeżym zrostom. Zabieg ten najlepiej wykonać drogą jamy brzusznej; śmiertelność przy tej operacyi wynosi 0·69%, nawroty 6%. Największe pole dla leczenia krążkami daje tyłozgięcie macicy, powikłane częściowem wypadnięciem pochwy. Dobrze dobrany krążek może tu wiele zrobić. Autor zwraca także uwagę na stanowisko chorych; leczy on w szpitalu operacyjnie w 28·6%, zaś w praktyce prywatnej w 2·40% z wszystkich tu należących przypadków. Przy zupełnem wypadnięciu pochwy należy zawsze operować przez wykonanie *vaginofixatio uteri* w połączeniu z zaszywaniami pochwy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Wiesinger. **Opuchlina przepuszczająca. Wyleczenie wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowo-glicerynowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 35). Autor leczył 40-letniego chorego, u którego już od pięciu lat występowała regularnie co kilka dni silna opuchlina lewego stawu kolanowego, połączona z podniesieniem ciepłoty i bolesnością; bolesność ta była przy chodzeniu mniejszą. Po jednym dniu ustępowała opuchlina bez śladu i chory mógł nawet dużo chodzić bez żadnych dolegliwości aż do ponownego jej wystąpienia. Chory cierpiał dawniej na oba stawy kolanowe, a wyzdrowienie prawego stawu odnosił do wykonanego przed 8 laty wypłókania stawu; przed 6 laty przestrzykano także i staw lewy, obrzęk wtedy pozostał przez trzy lata następne, a potem regularnie i bez żadnej przyczyny występował w odstępach czasu, a tylko raz była przerwa przed ½ rokiem. Lewy staw kolanowy stawał się podczas napadu napiętym, skóra nad nim nieco bywała cieplejsza, nie zaczerwieniona, za uciskiem nieco bolesna; obwód kolana zwiększał się o 3—4 ctm. Ruchy przy chodzeniu były bardzo utrudnione, chodzenie sztywne i połączone z trudnością. Próbowano chininy, arsenu, jodku potasu itd., jednakże bezowocnie; wobec tego przystąpił autor do operacyi: wypuścił ze stawu trochę czystego, żółtawego, surowiczego płynu i wstrzyknął 10 ctm. mieszanki jodoformowo-glicerynowej; odczyn był krótki. Leczenie operacyjne poparł autor mięsieniem i od tego czasu (przeszło pięć miesięcy) niema nawrotu, staw jest czynnościowo prawidłowym. Opuchlina przemijająca jest chorobą miejscową i do tego nie samoistną; powstaje jako objaw innych schorzeń, a jest właściwie szczególną postacią zapalenia błony maziowej stawu. *B. Żmigród.*

Tavel. **Zastosowanie żelatyny do zapobiegania krwiakom pooperacyjnym.** (*Korresp. für Schweizer Aerzte*, 15-go czerwca, 1903). Krwiaki, jak wiadomo, usposabiają do wystąpienia zakażenia i powodują opóźnienie się gojenia się rany. Spostrzeżenia robione w klinice berneńskiej wykazały, że występują one najczęściej w miesiącach letnich, coby stało w związku z rozszerzeniem naczyń podczas upałów; przydarzają się także często u osób otyłych, u dzieci należą do rzadkości. Po wielu innych próbach, mających na celu powstrzymanie tworzenia się krwiaków, jak wstrzykiwanie ergotyny przed operacyą, zakładanie szwów katgutowych przez tkankę podskórną i t. d. padł autor na myśl wyzyskania tamującej krwawienie własności żelatyny i zastosowania jej miejscowo w ten sposób, że świeże rany operacyjne oblewał żelatyną. Wyniki, jakie uzyskał, są bezwarunkowo zadowalniające: w ranach, w których przed zeszyciem stosowano żelatynę, nie powstał ani razu krwiak, podczas gdy w ranach nieżelatynowanych występowały one od czasu do czasu. Przy operacyach brzusznych przepłókuje się jamę brzuszną rozczynem soli i sody, potem zeszywa się otrzewnę ciągłym szwem katgutowym, jeszcze raz obmywa się ranę gruntownie rozczynem soli i sody, osusza i stosuje się rurkę żelatyny, zależnie od długości rany 10—50 ctm.³, skrapiając nią ranę kroplami. Żelatynę w rurce szklanej trzyma się w ciepłym sublimacie w stanie płynnym i dopiero przed użyciem odłamuje się koniec włosowaty. Potem wśród padania kropel żelatyny na ranę szyje się powięzie, mięśnie i skórę. Przy ranach niesączkowanych pozostawia autor nieco żelatyny w ranie. Ponieważ żelatyna kupna zawiera częstokroć, jak doświadczenia wykazały, zarodniki tężca, przeto należy używać takiej tylko, której sposób przygotowania i przechowywania nie zawodzi. Należy stosować najlepszy gatunek; przed wyjałowieniem trzeba ją wypróbować na pożywkach i zwierzętach i dopiero, gdy te dają wyniki zadowalniające, można wyjałowić żelatynę i napełniać nią rurki. Należy uważać na to, by jej nie ogrzać do 120°, gdyż na tem cierpi jej zdolność krzepnięcia. Jeśli żelatyna jest odpowiednio zbadana i wyjałowiona, wtedy niema zupełnie niebezpieczeństwa przeniesienia z nią zakażenia. *B. Żmigród.*

Wittmaack. **Leczenie liszaja żrącego błony śluzowej nosa kwasem pirogalusowym.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). Metoda autora jest następująca: po doszczętnem usunięciu pętlą i skrobaczką tkanki schorzałej i znieczuleniu kokainowem, tego samego lub następnego dnia wkłada się do nosa po powtórnem zakokainowaniu małe paski gazy nasmarowane 10—20% maścią pirogalusową tak, żeby także małe, skryte leżące w dolnym lub środkowym przewodzie nosowym ogniska chorobowe stykały się ściśle z maścią. Następnie wsuwa się część cewnika celuloidowego, owiniętego w gazę, nasmarowaną tąsamą maścią, między muszlę dolną, a przegrodę nosową tak, żeby wywierał lekki ucisk na błonę śluzową. Naokoło wsuwa się dodatkowo małe tamponiki, powleczone tą maścią tak, żeby wszystkie części schorzałe błony śluzowej nosa stykały się z maścią przy miernym ucisku. Tampon ten wyjmuje się drugiego dnia i odnawia codzień w ciągu 3—4 dni. Potem następuje leczenie obojętne maścią borową itp. przez dalsze 3—4 dni. Następnie znów zakłada się tampon z maścią pirogalusową przez 3—4 dni i powtarza tosamo postępowanie 3—10 razy, zależnie od ciężkości przypadku; 10 przytoczonych historyi chorób ilustruje metodę i przebieg leczenia. Wszyscy chorzy znosili dobrze to leczenie. Powikłań ze strony narządu słuchowego, ani objawów zakażenia autor nie zauważył. Należy tylko unikać podczas leczenia silnego siąkania nosa i tamponować naraz po jednej tylko stronie. Skutek był zawsze zadowalniający. Metoda ta poleca się w przypadkach, w których chorzy źle znoszą kwas mlekowy, gdy choroba rozciąga się w płaszczyźnie i gdzie pożądanem jest unikanie większej wydzieliny z nosa, wreszcie przy jednoczesnym liszaju nosa od zewnątrz. Przy tem leczeniu unika się następowego zwężenia otworu nosowego, natomiast trwanie tego leczenie jest dłuższem, niż leczenia kwasem mlekowym. *Spira.*

Pagenstecher. **Odosobnione rozdarcie więzadeł krzyżowych kolana.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 47). Autor spostrzegał w krótkim czasie trzy tego rodzaju przypadki, które leczył operacyjnie. Są to przypadki rzadkie i P. mógł się zapomocą doświadczeń na trupach przekonać, że do rozerwania tych więzadeł potrzebną jest znaczna siła. Nieco liczniejsze spostrzeżenia autorów dotyczą wolnych ciał w stawach, powstających po względnie nieznacznych urazach, a wychodzących z przyczepów więzadeł krzyżowych; prawdopodobnie przyczepy tych więzadeł do kości udowej nie są tak wytrzymałe; przyszłość zresztą wyjaśni, czy w przypadkach tych nie odgrywały roli łamliwość kości i schorzenie stawów z powodu wiądu rdzenia, lub innych zaburzeń rdzeniowych.

Autor wnioskuje ze swoich spostrzeżeń, że uszkodzenia więzadeł krzyżowych zdarzają się niezbyt rzadko, i tylko z powodu ukrytego położenia mogą być na razie więcej przypuszczane, niż rozpoznane. Naprężenia, wydarcia z kawałkiem kości i chrząstki, lub bez tego, można oznaczyć jako „wewnętrzne nadwichnęcie“ (*innere Distorsion*) kolana w przeciwstawieniu do »*derangement interne*«, t. j. rozdarcia łąkotek śródstawowych (menisków). Kręcenia, nadmierne zginania i wyprostowania mogą wywołać nadwichnęcie wewnętrzne i jeśli sposób, w jaki doszło do uszkodzenia jest znany, można i z tego wyprowadzić rozpoznanie. Klinicznie wystę-

puje krwiak stawu i dolegliwa bolesność, zniewalająca do unieruchomienia stawu. Tylko pod wpływem bardzo znacznej siły, wywołującej uszkodzenia uboczne, lub przynajmniej naprężenia innych więzadeł, przychodzi do prawidłowej ruchomości. Nieraz potrafi uszkodzony dalej pracować, lecz dla poważniejszych uszkodzeń więzadeł krzyżowych warunki gojenia nie są bardzo pomyślne w przeciwstawieniu do rozdarć więzadeł zewnętrznych kolana, które prawie zawsze zapomocą prostego leczenia gładko się goją i zrastają. Natomiast po uszkodzeniach więzadeł krzyżowych przychodzi łatwo do wytworzenia stawu cepowego, albo do przewlekłego zapalenia stawów lub kości stawów (*osteoarthritis*), do urazowego zniekształtniającego zapalenia stawów i może do powstania wolnych ciał stawowych. Leczenie według P. polega na wkroczeniu czynnem, jeśli po ustąpieniu pierwszego okresu zapalnego pozostaje znaczniejszy krwiak lub silniejsze zaburzenia; autor osiągnął w swoich trzech przypadkach doskonały wynik po zeszyciu rozdartych więzadeł krzyżowych. Dla wyrobnika bowiem o wiele korzystniejsza jest lekka sztywność kolana, niż kolano cepowe. Przy tem leczeniu można także usunąć luźne odłamki kości, któreby się zamieniły na t. zw. myszki stawowe. *Dr. Fels.*

Küstner. **Wgojenie się sieci do jamy macicy po jej przedziurawieniu skrobaczką i uwagi nad uniknięciem i leczeniem tych przedziurawień wogóle.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 2, 1903). Autor podaje historye dwóch przypadków: w jednym przydarzyło się coś podczas skrobanki, czego chora nie umie opisać; wie tylko, że wystąpił silny krwotok i zapalenie, wskutek którego leżała tygodniami w łóżku. Od tego czasu (lat 4) cierpi na nieregularne krwawienia. Ponieważ chora na powtórną skrobankę zgodzić się nie chciała, inne środki zawiodły, a przy badaniu jamy macicy zgłębnikiem wyczuwano nierówności, wyjęto całą macicę. Przytem okazało się, że dno jej było z siecią tak silnie zrośnięte, że trzeba było ją podwiązać i odciąć. Część jamy macicy wypełniona była tkanką tłuszczową, przyrośniętą do jej dna. Tkanka ta przechodziła w tem miejscu przez całą grubość ściany, aż do miejsca podwiązania sieci. W drugim przypadku, w którym poprzednio również wykonana była skrobanka, szło także o krwawienia. Wskutek tego, że zgłębnikiem natrafiono w jamie macicy na nierówności, wykonano skrobankę próbną, przyczem z macicy wydostawały się prócz strzępów błony śluzowej znaczne ilości tkanki tłuszczowej. W przekonaniu, że i tu szło o wgojenie się sieci, wciągniętej przez otwór, przypadkowo zrobiony przy poprzedniej skrobance, wykonano wyjęcie macicy. I tu przebieg operacyi i wynik badania otwartej macicy potwierdził przypuszczenie, znaleziono bowiem tensam obraz, co i w pierwszym przypadku. Mimo że przedziurawienia macicy przy skrobance nie zdarzają się znowu zbyt rzadko, niema w całem piśmiennictwie ani wzmianki o podobnem wgojeniu się sieci, które przecież tak łatwo można wytłomaczyć. Prawie u wszystkich kobiet zwisa sieć aż do wchodu miednicy i przykrywa dno, względnie tylną ścianę macicy. W chwili przedziurawienia dna natrafia skrobaczka właśnie na tę część sieci, przyczem wskutek siatkowatej jej budowy może o nią zaczepić i przy wyciąganiu narzędzia wciągnąć ją do jamy macicy. Część sieci może odejść niespostrzeżenie z wyskrobanemi masami, część zaś pozostaje w jamie i zlepia się z błoną śluzową tem łatwiej, że ta jest odświeżoną przez skrobankę. Tosamo może się zdarzyć i z pętlą jelita. Winę ponosi częściowo kształt skrobaczki, a mianowicie jeśli ma koniec haczykowato zagięty, choćby nawet pod kątem tępym. Przedewszystkiem jednak odpowiedzialnym jest sam sposób skrobania. Po wprowadzeniu skrobaczki do dna macicy należy wykonywać nią ruchy obrotowe, a nie, jak to zwykle się robi, ruchy zeskrobujące pasami z góry na dół; przy tem bowiem postępowaniu, szczególnie, jeżeli ruchów nie wykonuje się systematycznie i używa za dużej siły, może łatwo przyjść do przebicia ściany. Nadto trzeba przyjąć jako konieczną zasadę, by ujście macicy było dostatecznie rozwarte, a w każdym razie tak, iżby można bez użycia siły wprowadzić skrobaczkę aż do dna macicy. Są przecież sposoby, które nam pozwalają rozszerzenie to uskutecznić na jednem posiedzeniu, bezpośrednio przed zabiegiem. Dalszym koniecznym i tak łatwo wykonalnym warunkiem jest poprzednie zmierzenie długości jamy zapomocą zgłębnika, aby w każdej chwili wiedzieć, jak głęboko wolno wsunąć skrobaczkę. Ostrożności tych należy szczególnie ściśle przestrzegać przy podejrzeniu raka macicy i po poronieniu. Podejrzywając raka, należy pamiętać, że niema to być skrobanka w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż idzie tylko o otrzymanie choćby skąpych mas celem ich zbadania drobnowidowego, a nie o zabieg leczniczy. Przy resztkach jaja płodowego pewniej jest posługiwać się tylko palcem, o ile się to udaje. Jeszcze na jednę okoliczność zwraca autor uwagę. Zdarza się, że ściana macicy jest uszkodzona po poprzednich skrobankach, miejscami jakby wygryziona. Otóż lekarz, skrobiąc znowu taką macicę i nie pamiętając o tej możliwości, natrafia naturalnie na takie miejsca, gdyż skrobaczka zahacza się o nie i w mniemaniu, że nierówności są właśnie jakiemiś polipami, które należy usunąć, skrobie z całą siłą, aż przedziurawi i tak już nadwątloną ścianę. Autor sądzi, że uwzględniając te ewentualności i wskazane warunki, można na pewno uniknąć przedziurawienia macicy, chyba że istnieje jakiś czynnik uspasabiający, przypadkowy, a wtedy jest się usprawiedliwionym wobec siebie i chorej. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Goldberg-Złatogorow. **Bakteryologiczne rozpoznawanie moru w trupach.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 36—37). Badania G. miały na celu wykazać 1) biologiczne i morfologiczne zmiany, jakim ulegają laseczniki morowe w rozkładającym się trupie; 2) jak długo laseczniki morowe żyją w trupach, do których nie jest zatamowany dostęp powietrza o rozmaitej ciepłocie; 3) jakich metod należy używać dla wykazania laseczników morowych w trupie w rozmaitych okresach jego rozkładu. Wyniki tych badań są następujące: 1) jedynie pewną metodą jest bezpośrednie zakażenie zwierząt materyałem, podejrzywanym o zawieranie laseczników moru; 2) najodpowiedniejszemi zwierzętami dla prób zakażenia są świnki morskie; 3) metody zakażenia powinny być rozmaite, zależnie od stopnia rozkładu zwłok, a w świeżych trupach i od liczby laseczników; 4) dla trupów świeżych i mało zmienionych najlepszą metodą jest wstrzykiwanie zwierzętom pod skórę lub do otrzewnej zawiesiny z badanego materyału; w razie małej liczby laseczników należy stosować wstrzykiwanie otrzewnowe; 5) jeśli trup uległ rozkładowi, nie natyle jednak, żeby nie można było odróżnić narządów wewnętrznych, należy poddawać badaniu śledzionę lub gruczoły zajęte, jako narządy, w których laseczniki morowe zachowują się najdłużej; tu należy stosować nietylko podskórne wstrzykiwanie, lecz również zakażać błonę śluzową nosa po poprzedniem jej poranieniu; 6) w trupach, uległych zupełnemu zniszczeniu, najlepsze wyniki można otrzymać, używając zakażenia błony śluzowej nosa po poprzedniem jej poranieniu; 7) im niższą jest ciepłota, w której trup był przechowywany, tem dłużej żyją w nim laseczniki morowe: w c. 30°—35° C. już po 5 dobach nie można wykazać laseczniki, w c. 12—18° C. dopiero po 28, w c. 3—5° po 109 dobach, w ciepłocie zaś 0° laseczniki można było wykazać nawet po 140 dobach; 8) w trupie, który leżał 4 miesięcy i więcej, jadowitość laseczników morowych obniża się; 9) laseczniki morowe przechowują się najdłużej w gruczołach; 10) lasecznik morowy przybiera w trupie kształty kuliste już po kilku dniach, zwłaszcza, gdy trup przechowuje się w ciepłocie nizkiej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Dez. Kuthy. **Badania ergograficzne u suchotników.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 22, 1903). K., dyrektor zakładu Elżbiety dla suchotników, donosi o wynikach badania siły mięśniowej, które przeprowadził u 78 suchotników (54 m., 24 k.), przyczem posługiwał się zmodyfikowanym ergografem Angelo Mosso. W pierwszym okresie gruźlicy było 22, w drugim 42, w trzecim 14-tu chorych. Mierzono siłę mięśniową przeważnie między godziną 5—7 wieczorem, kiedy chorzy nie byli ani po obfitszem pożywieniu, ani po zabiegach wodoleczniczych. U 33 chorych mierzono z początku siłę mięśniową o 9-tej godzinie rano, po leczeniu hidryatyczem, które mogło przez podniecenie unerwienia powiększyć przemijająco pracę mięśniową. To nie mogło jednak zaważyć na szali, ponieważ u tych chorych także mierzono później siłę mięśniową w godzinach wieczornych. Z przytoczonych przez K. liczb wynika, iż w przebiegu leczenia sanatoryalnego, jeżeli ono łączy się z wodoleczeniem, wzmaga się siła mięśniowa w $^2/_3$ przypadków. Dowodzi tego też najczęściej uderzająca poprawa stanu ogólnego. Widzimy z tego, jak wielce korzystny wpływ wywiera metodyczne stosowanie bodźców zimna na odżywianie mięśni i ruchowe unerwienie. *Baschkopf.*

C. E. Bloch. **Badanie nieżytu żołądka i kiszek u oseskόw.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 58, 8 B. 5 H. 1903). Autor opisuje szczegółowe badanie drobnowidowe i bakteryologiczne ze stołu sekcyjnego w 10 przypadkach chorób żołądka i kiszek, z których w 7 przypadkach rozpoznano klinicznie ostre zapalenie żołądka i kiszek, a w 3 przewlekły nieżyt żołądka i kiszek. Zaraz z chwilą śmierci ustalano narządy jamy brzusznej zapomocą wstrzyknięcia 10% roztworu formaliny, następnie przepłókiwano w płynącej wodzie i przechowywano w 60% alkoholu. Do barwienia stosował autor metodę van Giesona, zaś do barwienia komórek używał potrójnego barwika (Methylgrün, Säurefuchsin i Orange) wedle metody Ehrlich-Biondi-Heidenhaina, a do barwienia bakteryi metody Grama i tioniny. Badania te wykazały, że w ostrych i przewlekłych zapaleniach żołądka i kiszek oseskόw idzie o sprawę zapalną błony śluzowej kiszek, przedewszystkiem w okolicy biodrowokątniczej. Głębsze zmiany zapalne zwykle rozciągają się na mały

odcinek przytykającego jelita cienkiego, oraz na kiszkę grubą. Wyjątkowo może sprawa zapalna przejść na dwunastnicę, lecz większa część jelit cienkich jest wolna zawsze od silniejszych zmian zapalnych, a przybłonek i gruczoły błony śluzowej są po większej części dobrze zachowane. Ścisłe odgraniczenie ostrej postaci zapalnej od przewlekłej anatomicznie i klinicznie wykonać się nie da.

Dr. Komorowski.

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

§. 43 *e*.

Projekt rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Rad honorowych nie jest rzeczą nową. Izby lekarskie już w pierwszych latach swego istnienia spostrzegły, że cała ustawa o Izbach nie odpowiada ani potrzebom stanu lekarskiego, ani zadaniu Izb. Już w roku 1896 na wiecu Izb we Wiedniu podnosiły się głosy w tej sprawie, a w roku następnym na wiecu w Gracu rzecz ta była przedmiotem długich i gruntownych rozpraw. Wskazano już wtedy na liczne niedostatki w ustawie o Izbach, szczególniej zaś w ustępach, dotyczących Rad honorowych, niedostatki, które z góry paraliżują dodatnią działalność Izb; podniesiono, że stopniowanie kar, przyjęte w ustawie, nie jest ani logiczne, ani słuszne, że środki, jakich ustawa dostarcza Radom do przeprowadzenia śledztwa, są za szczupłe, że jedyną instancyą, do której skazany może się odwołać, jest krajowa władza polityczna, że wreszcie wysokość kary często nie odpowiada ciężkości przewinienia. Izba wiedeńska już w tym roku uczyniła wniosek, zmierzający do rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Rad aż do zawieszenia prawa praktykowania. Wniosek ten jednak jednomyślnie odrzucono, wychodząc z tej słusznej zasady, że wobec tak znacznych braków w ustawie o Izbach niepodobna przyznawać Radom tak daleko idącej prerogatywy. Wybrano natomiast Komitet, złożony z delegatów Izb: wiedeńskiej, niższo-austryackiej i wschodnio-galicyjskiej i powierzono mu ułożenie projektu nowej ustawy o Izbach. Na następnym wiecu Izb (1898) we Lwowie, w trakcie rozpraw nad projektem nowej ustawy o Izbach, pojawił się znowu wniosek delegata Izby wiedeńskiej, żądający przyznania Radom prawa zawieszania w praktyce, ograniczonego jednak do tej Izby, do której skazany należał. Wniosek ten jednak upadł z tych samych powodów, co poprzedni wniosek Izby wiedeńskiej. V wiec Izb w Gracu (1899) podniósł władzę dyscyplinarną Rad do prawa nakładania grzywien aż do wysokości 1000 koron; gdy jednak podczas rozpraw wyłonił się wniosek Izby morawskiej, żądający rozdziału Izb od Rad tak, jak to ma miejsce w Izbach adwokackich, wiec wybrał Komitet, złożony z delegatów Izb: wiedeńskiej, niższo-austryackiej, morawskiej i wschodnio-galicyjskiej i powierzył mu ponowne ułożenie projektu ustawy w myśl żądań, podniesionych na wiecach, wyrażając przytem życzenie, by projekt ten przy pomocy znawcy-prawnika także pod względem jurydycznym jak najdokładniej opracowano. Komitet przedstawił wynik swych prac na wiecu Izb VII. (1902) w Czerniowcach. Tu pokazało się, że już w Komitecie zdania były podzielone, a różnica zapatrywań koncentrowała się głównie około rozszerzenia władzy dyscyplinarnej: Izba wiedeńska i niższo-austryacka żądały bowiem odebrania prawa praktykowania, jako najwyższej kary, delegaci zaś dwóch drugich Izb uważali taką karę za zadaleko idącą. Po bardzo gorących rozprawach zarządzono głosowanie, w którem 11 Izb oświadczyło się za zawieszeniem, 7 przeciw. Wynik głosowania na wiecu nie miał znaczenia zobowiązującego Izby, miał być tylko dla nich wskazówką, jakie zapatrywania w Izbach przeważają, taksamo, jak i cała dyskusya miała dać tylko wyraz tym zapatrywaniom, bez wywierania jakiegokolwiek nacisku na postanowienie Izb. Ostatecznie sprawę odesłano do Izb dla szczegółowego rozpatrzenia. W toku rozpraw wyłoniła się jednak na wniosek Izby wiedeńskiej rzecz nowa, bardzo doniosłej, rzec można, rozstrzygającej wagi, mianowicie — potrzeba ustawy dla lekarzy (t. zw. Aerzte-Ordnung). Delegat Izby wiedeńskiej podniósł z naciskiem, że niemal wszystkie usiłowania Izb były dotychczas bezowocne dlatego, że nigdzie w ustawach państwowych Austryi niema dotąd opisanych i prawnie ustalonych praw lekarzy. Wszystkie paragrafy ustaw, oraz dekrety dworskie i rozporządzenia mówią wyłącznie o obowiązkach lekarzy. Stąd pochodzi, że nietylko Izby w swych słusznych żądaniach nie mogą się oprzeć na odnośnych ustępach ustawy, ale i władze w takich razach są w kłopocie, jak żądaniom Izb uczynić zadosyć, skoro ich prawnie uzasadnić nie można. Wiadomo zaś, że PP. referentom u władz zasada słuszności wystarczyć nie może i dopiero wtedy nabiera wagi, gdy jest popartą paragrafem ustawy, lub przynajmniej rozporządzenia. Gdy zaś tak rzeczy stoją, przeto nie wystarcza stworzenie projektu nowej ustawy o Izbach, lecz należy wszystkie siły wytężyć w tym kierunku, by u władz uzyskać ustawowe ustalenie praw stanu lekarskiego; należy też projekt nowej ustawy o Izbach uważać za integralną część takiej nowej ustawy o lekarzach w ogólności i przyjęcie nowej ustawy o Izbach uczynić w treści i formie zależnem od przyjęcia całej nowej ordynacyi lekarskiej (Aerzte-Ordnung). Na podstawie tych wywodów Izby wiedeńskiej uchwalono na wiecu czerniowieckim, by dotychczasowy Komitet przedłożył Izbom projekt ustawy o lekarzach. Projekt taki wszedł też w ciągu roku 1903 do każdej z Izb z osobna, a zatem i do Izby zachodnio-galicyjskiej i był tam przedmiotem rozpraw na posiedzeniach wydziału, a wreszcie na posiedzeniu pełnej Izby, która projekt w całości przyjęła, zastrzegając tylko zaprowadzenie wyborów przymusowych. Izba krakowska wychodziła bowiem z tego zapatrywania, że rozszerzenie władzy dyscyplinarnej Rad tak długo nie może sięgać aż do prawa zawieszenia w praktyce, jak długo wybory do Izb nie dają tej rękojmi, że wybrani członkowie Izb są przedstawicielami rzeczywistej większości lekarzy. Na wiecu Izb w Lincu (1903) delegat Izby zach. gal. postawił też odnośne żądanie. Wiec przyjął zapatrywanie Izby zach. gal. jednomyślnie i uczynił poprawkę w projekcie ustawy. Wobec tego w głosowaniu ostatecznem delegat Izby zach. gal. głosował w myśl postanowienia swej Izby za przyjęciem projektu nowej ustawy o lekarzach. W głosowaniu tem §. 43 *e* przeszedł 11 głosami przeciw 8, a zatem nieznaczną większością. Uchwała wiecu, jako nie obowiązująca, musi być przez każdą Izbę z osobna ratyfikowana: Izba zach. galicyjska ratyfikowała uchwałę wiecu bez zmian na posiedzeniu z dnia 19. XII. 1903. Taka jest dotychczasowa historya §. 43, *lit. e;* ze stanowiska pragmatycznego i społecznego przedstawia się ta sprawa następująco:

Dziesięcioletnie doświadczenie wykazało, że zakres władzy dyscyplinarnej, przyznany Radom ustawą z roku 1891, jest za szczupły. Gdyby społeczeństwo lekarskie składało się wyłącznie z jednostek, pod względem etycznym bardzo wysoko stojących, to bozwątpienia już sama nagana ze strony Rady honorowej byłaby karą dotkliwą i dostateczną. Jeszcze w roku 1896 łudził się pod tym względem delegat Izby niższo-austryackiej, twierdząc, że ówczesne doświadczenie nie daje jeszcze powodu do surowego występowania przeciw lekarzom, przypadki bowiem wykroczenia przeciw interesom i czci stanu są i rzadkie i małoznaczne. Niestety, późniejsze lata nie potwierdziły tej pochlebnej opinii, owszem wykazały, że stosowanie obecnych kar jest albo bezowocnem, albo niedostatecznem. Błąd leżał w samej ustawie. Nie pomawiając nikogo o złą wolę, ani o mniej przychylne usposobienie dla stanu lekarskiego, spostrzedz przecież można, że cała ustawa z roku 1891, jakkolwiek dla obrony interesów stanu lekarskiego wydana, nie daje przecież Izbom tej władzy, którąby ich staraniom nadawała moc i powagę, a Rady honorowe wyposaża takimi środkami, które działanie ich z góry musi uczynić problematycznem. Procedura karna w Radach nie opiera się na zeznaniach świadków w takiej ilości, jak tego dana sprawa wymaga, gdyż Rada honorowa innych świadków, prócz lekarzy cytować nie może; od wyznaczonej kary przysługuje skazanemu prawo rekursu do krajowej władzy politycznej, ale tylko co do błędów formalnych; egzekucya grzywny w razie nie uiszczenia dobrowolnego może być przez skazanego z łatwością uniemożebniona, bo Rada niema prawa żądania przysięgi manifestacyjnej itp. itp. Braki te czuły Izby dotkliwie i pojawiły się też zdania, że należy z całą energią domagać się od Rządu uchylenia tych braków. Kto jednak w tych czasach imieniem Izb stykał się z władzami, ten z góry z całą pewnością mógł się przekonać, że ułatwień śledczych i karnych żadną miarą nie uzyska. Bliską zatem była myśl rozszerzenia zakresu dyscyplinarnego Rad, jako motywu, któryby Rząd do ustępstw skłonił. W tej też myśli w roku 1897 Izba wiedeńska uczyniła swój wniosek. Rzecz jasna, że dla tych tylko względów przyjęcie wniosku Izby wiedeńskiej było niemożliwem. Pomysł jednak, na razie odrzucony, musiał mieć swe ugruntowanie ważniejsze, skoro od tego czasu w tej lub innej formie pojawia się w debatach Izb, oraz na rozprawach wiecowych. Jak długo jednak pomysł traktowany był z osobna, jako przywilej Rad honorowych, spotykał się ze słuszną, stałą i powszechną opozycyą. Dopiero wniosek Izby wiedeńskiej na wiecu w Czerniowcach (1902) nadał całej sprawie nowy obrót i zgoła inno znaczenie.

Jak już wspomniano, Izba wiedeńska twierdziła, że sama poprawa ustawy o Izbach nie zdoła nas doprowadzić do celu, ale ustawowe i ścisłe określenie naszych praw, że zatem z całą energią należy się domagać od rządu ustawowego oznaczenia naszego

stanowiska w społeczeństwie tak, aby Izby stały na straży nietylko naszych obowiązków, ale i naszych praw. W związku z tem domaga się zatem projekt ustawy dla lekarzy zniesienia lub zmiany dawnych dekretów i rozporządzeń, które z dzisiejszym rozwojem stanu lekarskiego nie licują, oraz zastrzeżenia dla lekarzy niektórych praw, bez których i byt lekarzy jest zagrożony i obrona ich interesów przez Izby niemożliwą. Dlatego żąda projekt:

1. Ograniczenia prawa wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie do lekarzy dyplomowanych i na listę Izby wpisanych.

2. Zaliczenia lekarzy wojskowych i rządowych do grona lekarzy, wpisanych na listę Izby (przy równoczesnem wyłączeniu ich z pod władzy dyscyplinarnej Rad honorowych).

3. Unormowania sprawy wydawania świadectw lekarskich tak, by każdy lekarz miał prawo, ale nie miał obowiązku, wydawania świadectw, przyczem podanie dyagnozy mogłoby być w niektórych przypadkach pominięte.

4. Uwolnienia lekarzy od przymusu dawania pomocy w nagłych przypadkach, jeżeli:

a) lekarz ma po temu dostateczny powód;

b) jeżeli tensam lekarz był już kilkakrotnie przez tęsamą stronę z racyi rzekomo nagłej potrzeby w błąd wprowadzony.

5. Postanowienia, że lekarza nie można zmusić do leczenia w przypadkach nie nagłej choroby; że lekarzowi wolno bez podania powodu odstąpić od leczenia chorego, byle to stronie wyraźnie oświadczył i dał jej czas do postarania się o innego lekarza; że wreszcie lekarzowi wolno zaprzestać leczenia natychmiast, gdy stwierdzi, że jego poleceń wcale nie wykonują, że bez jego wiedzy zawezwano innego lekarza, że go poczytalny chory (lub ktoś z jego otoczenia) obraża, lub za doznane obelgi nie daje zadosyćuczynienia, przyczem jednak ma otwarcie oświadczyć, że leczenia zaprzestaje.

6. Postanowienia, że lekarz ma prawo w przypadkach stwierdzonego ubóstwa żądać wynagrodzenia za swą pracę od gminy, Kas chorych itp. instytucyj.

7. Postanowienia, że lekarz wolny jest od składania świadectwa wobec Sądu, lub innej władzy o rzeczach, które mu chory, jako lekarzowi ordynującemu, powierzył (zmiana §. 498 ustawy karnej).

8. Zniesienia §. 359 ustawy karnej, który żąda od lekarza donoszenia o przypadkach choroby, zranienia, porodu lub śmierci, w których jest podejrzenie zbrodni lub przekroczenia.

9. Zniesienia §. 879 ustawy cywilnej, który odmawia umowom między lekarzem, a stroną wartości i postanowienia, by lekarzowi wolno było przy czynnościach nie nagłych wymówić sobie z góry wynagrodzenie i by w przypadkach sporów co do wysokości wynagrodzenia wolno było tak lekarzowi, jak i stronie zwrócić się do Izby z prośbą o ugodowe załatwienie sporu.

10. Postanowienia, że wszelkie posady stałe przy Kasach chorych, brackich, przy instytucyach humanitarnych, towarzystwach ubezpieczeń itd. mają być przyjmowane wyłącznie na zasadzie prawnie ważnej umowy, która przed ostatecznem podpisaniem ma być przedłożona Izbie do zatwierdzenia (myśl, poruszona po raz pierwszy przez Izbę krakowską na wiecu Izb we Lwowie).

Dalsze części projektu żądają, by lekarze do Izby przynależący, byli obowiązani wziąść udział w wyborach do Izby (wniosek Izby krakowskiej); by Rady honorowe były instytucyami samoistnemi, od wydziału Izby niezależnemi, a tylko przez pełną Izbę mianowanemi; by wyroki Rady honorowej. były wyjęte z pod nadzoru Władzy politycznej, a poddane opini dwóch instancyi apelacyjnych, z których jedną jest pełna Izba, a drugą Senat dyscyplinarny, jeden dla całej Austryi, by dla umożliwienia ściągnięcia grzywien dopuszczana była przysięga manifestacyjna, by dla dokładności postępowania dyscyplinarnego śledztwo można przeprowadzać w Sądzie i to pod rygorem przysięgi, by wreszcie granicę władzy dyscyplinarnej Rady honorowej przesunąć aż do możności odebrania prawa praktykowania (§. 43 *e*).

Wszystkie wyliczone tutaj punkta projektu uzyskały jednomyślną aprobatę Izb, tylko punkt ostatni spotkał się z żywą opozycyą. Izba wiedeńska uważała ten punkt za konieczny dla tego, że jakkolwiek kara zawieszenia mogłaby być zastosowaną w nader rzadkich i wyjątkowych tylko przypadkach, przecież groźba tej kary i jej możliwość sama mogłaby raz na zawsze zapobiedz cięższym wykroczeniom przeciw czci stanu. Izba krakowska podzielała do pewnego stopnia to zapatrywanie Izby wiedeńskiej; wzgląd ten wydawał się jej jednak niewystarczającym.

Na korzyść §. 43 *e*. rozstrzygnął wzgląd inny.

Doniosłość żądań, wyłuszczonych w projekcie ustawy, jest ogromnej wagi dla stanu lekarskiego, a słuszność ich nie potrzebuje chyba długich wyjaśnień i ugruntowań. Uzyskanie spełnienia tych żądań od ciała prawodawczego w państwie jest nie tylko warunkiem pożytecznego istnienia Izb, ale i warunkiem naszego spółczesnego bytu. Żądania te, jeśli je władza prawodawcza spełni i ustawowo określi, dokonają organizacyi stanu lekarskiego i postawią nas w społeczeństwie tak, jak tego wymaga pora obecna, stosunki społeczne i nasze położenie materyalne i moralne. Jeżeli jednak od władzy prawodawczej domagamy się przyznania nam słusznych zresztą praw, bez których egzystencya stanowa wydaje się nam niemożliwą, to nawzajem należy z naszej strony dać Władzy i społeczeństwu rękojmię, że stróżem przyznanych praw i obowiązków przyjętych lub nałożonych będzie instytucya, wolnym wyborem z naszego łona wyszła i wyposażona takimi środkami, które nieposzanowanie tych praw i obowiązków wykluczają. I tu przedstawił się §. 43 *e*. poprostu jako logiczny postulat naszych własnych żądań.

Nie idzie zatem, by trudności, jakie §. 43 *e*. stwarza, były przez to zniesione. Zarzuty, jakie przeciw wprowadzeniu §. 43 *e*. podnoszono, były bardzo poważne.

Zauważono przedewszystkiem, że skoro Rada honorowa (Izba) nie nadaje prawa praktykowania, przeto nie może też tego prawa odbierać. Zarzut ten, w teoryi pięknie brzmiący, nie wytrzymuje krytyki. Wszelka bowiem władza, mająca prawo karania, stoi na tem stanowisku, że celem jej jest obrona społeczeństwa przed jednostkami szkodliwemi, inaczej kary, więzienie, grzywny i t. d. nie miałyby wcale ugruntowania teoretycznego. W danym przypadku społeczność lekarska nie chce także nic innego, jak tylko ochronić się przed jednostkami szkodliwemi i to dlatego, że interes lekarzy schodzi się w tych przypadkach z interesem całego społeczeństwa. Zresztą Izby są tu i w tym względzie w dobrem położeniu, boć przecież projekt czyni prawo praktykowania zawisłem od wpisania na listę Izby. Izba zatem poniekąd ma prawo nadawania prawa praktyki, jako ta instancya, która orzeka, czy kandydat posiada warunki, uprawniające go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Zarzucono dalej, że przez wprowadzenie §. 43 *e* otwiera się na oścież bramy partactwu. Zarzut ten nie ma przedewszystkiem podstawy teoretycznej. Lekarz, pozbawiony prawa praktykowania wyrokiem senatu dyscyplinarnego nie staje się temsamem „partaczem“, choćby nawet bezprawnie dalej praktykował. Pojęcie „partacza“ wyklucza posiadanie tych warunków, od których zależy wpisanie na listę Izby, a których przecież lekarz skazany *eo ipso* nie utracił. Jak sobie władze z tak „bezprawnie“ praktykującym lekarzem poradzą, to nas już bliżej nie obchodzi; nam bowiem chodzi tylko o to, by zaznaczyć, że lekarz ten do naszego grona niema prawa się zaliczać i że za jego postępowanie społeczność lekarska nie bierze na siebie odpowiedzialności. Z drugiej strony obawa powiększenia szeregów „partaczy“ tylko w takim razie miałaby pewne uzasadnienie, gdybyśmy mogli przypuszczać, że wyroki Rady honorowej, odsądzające od prawa praktyki, będą częste. Tak przecież jednak nie jest i nie będzie i o to nas nawet nasi nieprzyjaciele, których nam nie brak, posądzić nie mogą.

Podnoszono dalej, że w niektórych prowincyach monarchii stosunki narodowościowe i wyznaniowe tak się nieszczęśliwie złożyły, że zachodzi obawa wyroku stronniczego ze względów narodowościowych lub wyznaniowych. Gdy się jednak zważy, jakie ostrożności instancye wyrokujące zachować muszą przy wyrokowaniu i jak daleko idzie prawo odwołania się skazanego, to poprostu trudno przypuścić, iżby te względy mogły kiedykolwiek mieć moc decydującą. Najcięższy zarzut wyszedł ze strony Izb morawskiej, lwowskiej i czeskiej. Polegał on na twierdzeniu, że odebranie prawa praktykowania równa się zrujnowaniu skazanego bez dania mu możności zdobycia sobie chleba za pomocą ciężką pracą nabytej wiedzy. Stanowiska lekarza nie można porównywać ze stanowiskiem adwokata, gdyż po pierwsze tytuł doktora praw nie daje jeszcze prawa do otwarcia kancelaryi adwokackiej, podczas gdy tytuł doktora medycyny jest jednoznacznym z prawem praktykowania, a powtóre lekarze daleko częściej, niż adwokaci, zajmują posady stałe, połączone z prawem emerytury; usunięcie zatem od praktyki dotyka ich daleko boleśniej, niż adwokatów, którzy zresztą nawet po utracie godności adwokackiej mogą zarobić sobie na chleb na innem polu i swoje wiadomości prawnicze w innym kierunku wyzyskać. Zarzut ten był w znacznej liczbie Izb decydującym i każdy przyzna, że jest bardzo ważny. Gdyby zatem dla zadośćuczynienia wspomnianym już żądaniom społecznym okazała się jako inna droga możliwa, to już z uwagi na ten zarzut sam przez się, należałoby nie zezwolić na wprowadzenie § 43 *e*. Niestety, nie widzimy i dotąd nikt nie umiał podać sposobu, któryby § 43 *e* mógł w zupełności zastąpić. W takim razie interes jednostki musi ustąpić pierwszeństwa interesowi stanu całego... Jakkolwiek zatem zastosowanie § 43 *e*, choćby tylko w rzadkich przypadkach wykonane, jest rzeczą nad wyraz przykrą, to przecież racya stanu w danym przypadku musi być silniejszą i życzyć tylko sobie można, by Rady honorowe nie były nigdy w ciężkiem położeniu, w którem by były zmuszone do takiego rygoru. Na szczęście

ta racya stanu wtedy tylko będzie w grę wchodzić, gdy będzie sprawa niepoprawnego szkodnika, którego społeczeństwo lekarskie dla dobra całego stanu bądź co bądź pozbyć się musi. Z tych powodów Izba zachod. galic. postanowiła głosować za wprowadzeniem § 43 *e*, jako logicznego postulatu wszystkich żądań, objętych całym projektem ordynacyi lekarzy, czyniąc przytem zawisłem przyjęcie tego § od zmiany w ordynacyi wyborczej, o której przedtem już wspomniano.

Czynność kodyfikacyjna Komitetu nie mogła się z natury rzeczy skończyć na postawieniu § 43 *e* — : należało jeszcze w ustawie o Radach honorowych poczynić takie zmiany, któreby dawały jak najdokładniejszą rękojmię ścisłego prowadzenia śledztwa, rękojmię sprawiedliwego i umotywowanego wyroku, oraz możebność rewizyi procesu i t. d. w paru instancyach, wychodzących także z wolnego wyboru lekarzy, a nie pozbawionych doświadczenia ściśle prawniczego. Dlatego wstawiono paragrafy o współdziałaniu sądów w śledztwie, dano możebność odwołania się naprzód do pełnej Izby, a ostatecznie do t. zw. Senatu dyscyplinarnego, złożonego z 3 sędziów, wybranych z grona lekarzy na wiecu Izb lekarskich, z jednego sędziego ze stanu sędziowskiego i z jednego sędziego z pośród urzędników politycznych administracyjnych, mianowanych przez odnośnych ministrów. Postanowiono dalej, że kara odebrania prawa praktykowania może być zastosowana tylko wtedy, gdy lekarz trzykrotnie dopuści się ciężkich wykroczeń przeciw godności stanu, gdy zatem dozwolonem jest przypuszczenie, że lekarz ten stale jest niepoprawnym i rozmyślnie stale działa na szkodę stanu lekarskiego, że wreszcie odebranie prawa praktykowania może być za pierwszym razem zawyrokowane tylko na jeden rok, a dopiero po powtórzeniu się ponownem zawieszenie mogłoby być trwałe. Takie ograniczenie możliwości zastosowania § 43 *e* daje chyba rękojmię, że jeśli wogóle w jakim przypadku Rada honorowa będzie musiała tak ciężki wydać wyrok, to wyrok ten dotknie chyba jednostkę, która absolutnie nie ma prawa zaliczać się do naszego grona, jednostkę, dla której względy litości za daleko idące byłyby błędem wobec stanu lekarskiego, a grzechem wobec społeczeństwa.

Jak wiadomo, Izba zachod. galic. na posiedzeniu w d. d. 19 XII b. r. ratyfikowała uchwały wiecu VIII w Lincu, a tem samem przyjęto projekt nowej ustawy o lekarzach w tej postaci, jaką na tym wiecu ostatecznie uzyskała. Zachodzi pytanie, co teraz?

Z porządku rzeczy, skoro wiec projekt większością uchwalił, powinno się teraz czynić starania, by projekt ten uzyskał przyjęcie przez ciało prawodawcze państwowe. Do tego jednak bardzo, bardzo daleko... Gdybyśmy nawet mieli przyjaciół w Radzie państwa, gdyby się nawet znalazła pewna liczba posłów, któraby zechciała, oceniając nasze stanowisko społeczne, uwzględnić słuszne nasze żądania, to i tak projekt miałby widoki przyjęcia tylko w razie jednomyślnej uchwały wszystkich Izb, — a do tego także bardzo daleko. Jednomyślność Izb dałaby się może uzyskać, gdyby się pojawił pomysł, mający pod względem społecznym podobne i równej wagi znaczenie, a przecież nie dotykający skazanej jednostki tak bardzo dotkliwie. W kierunku tym czyni właśnie Wydział Izby zach.-galic. starania, i poddaje pod dyskusyę Izb dawniejszy pomysł Dra Adlera, ograniczający prawo zawieszenia w praktyce tylko na okręg tej Izby, do której skazany przynależy. Czy Izby na tak zmieniony projekt się zgodzą, a nawet czy projekt taki zdoła uzyskać większość? dziś trudno rozstrzygać. Jednomyślność dałaby się jednak i na innej drodze uzyskać,... na tej mianowicie, gdyby Izby jednomyślnie zgodziły się na wyrzucenie §. 43 *e* z projektu nowej ustawy. Do tego celu prowadzi obecnie jedna droga: zwołanie ogólnego zgromadzenia lekarzy w Izbach, które się za §. 43 *e* oświadczyły i uchwalenie Izbom tym *votum* nieufności. W takim razie Izby te niezawodnie taksamo, jak się to stało w Izbie wiedeńskiej, będą zmuszone do złożenia mandatów, a Izby, które z nowych wyjdą wyborów, będą zapewne tak złożone, że potrzeby §. 43 *e* wcale nie będą uznawać. *Dr. Walczyński.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 stycznia

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej swojej działalności.

* Osobliwością X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, wysoce pożyteczną, rozumnie obmyślaną i wyróżniającą w tym względzie Zjazd lipcowy od wszystkich poprzednich, będzie Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, mająca się odbyć »przy sposobności Zjazdu« na lwowskim placu wystawowym, w pałacu sztuki, od 20 czerwca do 24 lipca. Komitet wystawowy nie ma na oku samych jedynie lekarzy i przyrodników; czynnikiem oddziaływującym nie będzie tylko sposób poglądowy: Komitet zamierza zainteresować całe społeczeństwo, a pouczanie poglądowe połączyć z dydaktycznem w rozległem słowa znaczeniu. Wystawa ma być nie tylko ujawnieniem postępu polskiej nauki w dziedzinie przyrodniczo-lekarskiej, lecz ma działać także wiele w kierunku podniesienia przemysłu polskiego w działach, objętych Wystawą. Staraniem Komitetu wystawowego będzie przez popularne odczyty i demonstracye uczynić Wystawę pouczającą dla szerokich kół społeczeństwa.

Według ogłoszonego już programu Wystawy ma ona się dzielić na dział przyrodniczo-lekarski i higieniczny. Do działu pierwszego należeć będą grupy: naukowa, balneologiczna, aptekarska, przemysłu chemicznego, narzędzi i przyrządów. Do działu drugiego: higiena żywienia, urządzeń gminnych ku utrzymaniu zdrowia ludności, szpitalnictwo, wychowanie młodzieży, higiena fabryk i stanu robotniczego, higiena mieszkań, higiena odzieży, choroby zakaźne i ich zwalczanie, higiena dziecka, higiena ludu.

Zgłoszenia przedmiotów wystawowych mają być podane na blankietach deklaracyi, które można otrzymać bezpłatnie w biurze dyrektora Wystawy, jakoteż u członków Komitetu. — Dokładnie wypełnione deklaracye wnosić należy w dwóch egzemplarzach bezpośrednio do dyrektora Wystawy, dra Kaliksta Krzyżanowskiego, (Lwów, namiestnictwo, telefon Nr. 412), najdalej do dnia 1 marca 1904 r. W razie przyjęcia zgłoszenia winien zgłaszający najdalej do dni 14 po otrzymaniu zawiadomienia o tem w formie jednego egzemplarza deklaracyi, opatrzonej podpisem dyrektora, przesłać na ręce tego ostatniego całą należytość za miejsce, przeznaczone mu na Wystawie, a w zamian za to otrzyma pokwitowanie i kartę legitymacyjną, która jedynie będzie uprawniała do udziału w Wystawie i korzystania z ulg taryfowych. Za miejsce zajęte na Wystawie opłacają tylko ci wystawcy, którzy z wystawienia swych okazów mogą odnieść jaką korzyść materyalną lub moralną. Instytucye naukowe, gminy i zakłady humanitarne nie opłacają natomiast żadnych należytości.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego urządza w bieżącym roku szkolnym trzytygodniowe kursa dla lekarzy w czasie od 10 do 30 marca 1904 roku. Zapisywać się należy w kwesturze od 1 do 8 marca.

Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników uprasza się o wczesne zgłaszanie się do prof. dra Władysława Szymonowicza (Lwów, ul. Pańska 4), który udzieli bliższych wiadomości. Dokładny program zostanie ogłoszony w najbliższym czasie.

* W Poznaniu zawiązało się Towarzystwo, mające na celu zwalczanie zakaźnych chorób płciowych. Zarząd Towarzystwa, w skład którego wchodzą: Dr. Franc. Chłapowski (przewodniczący), p. Lucyan Osten (zastępca), Dr. A. Karwowski (sekretarz) i p. S. Wrzesiński (skarbnik), wydał odezwę pouczającą o celach Towarzystwa i wzywającą społeczeństwo polskie Poznania na Wiec, który się odbył w dniu 8 stycznia przy licznym udziale obywatelstwa obojej płci, lekarzy, księży itd. — Wiec zagaił dr. Franc. Chłapowski; przewodniczącym wybrano p. Morawskiego z Jurkowa, z przybraniem 7 ławników. Pierwszym mowcą był Dr. Franc. Chłapowski, drugim Dr. A Karwowski: prelegenci w przekonywujących wywodach przedstawili zadania Towarzystwa i drogi do ich skutecznego przeprowadzenia; dosadnie nakreślili zgubne skutki dla społeczeństwa z szerzenia się chorób wenerycznych i gorąco wezwali ogół do zorganizowanej walki z groźbą upadku moralnego i cielesnego, zgubniejszego dla nas Polaków, niż dla innych szczęśliwszych narodów. Następnie przewodniczący odczytał 6 rezolucyi, przedłożonych przez zarząd i jedną postawioną dodatkowo przez kanonika Zimmermanna, którą uzasadnił sam wnioskodawca.

Rzeczą zbyteczną w czasopiśmie lekarskiem rozwodzić się nad wartością i donosłością podobnego Towarzystwa: ciągle rozszerzający się zakres chorób, które zostały uznane, jako późne następstwo kiły; szybko postępujące zwyrodnienie nie tylko rodzin, lecz szczepów i ras; wtargnięcie chorób wenerycznych do gmin wiejskich, zapewne dzięki powszechnej służbie wojskowej; mała skuteczność usiłowań policyi sanitarnej wobec prostytucyi tajnej, — wszystko to wzywa społeczeństwo do samoobrony, do działania samodzielnego, w czem wielkopolanie wzięli na siebie chwalebną inicyatywę, a ufajmy, że inne dzielnice polskie pójdą bez ociągania się za tym przykładem.

* Towarz. lekar. warszawskie wybrało na r. 1904 prezesem Dr. Dunina, wiceprezesem Dr. Kamockiego, sekretarzem Dr. Brudzińskiego.

* Komitet wykonawczy pierwszej międzynarodowej Wystawy higienicznej, obejmującej sztukę kucharską, gorzelnictwo, piwowarstwo i in. działy pokrewne, uprasza nas o ogłoszenie, że Wystawa ta odbędzie się w Pilznie (Czechy) od 1 lipca do 1 sierpnia 1904 r. Interesowani mają się zgłaszać do prezesa Wystawy, p. W. Laudy (Pilzno).

* Przypominamy Szan. kolegom, należącym do okręgu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, że Wydział tej Izby uchwalił na posiedzeniu d. 2 czerwca 1903 r., by na przyszłość te tylko podania o uwolnienie od wkładek brać pod uwagę, które wpłyną przed 1-szym marca. Koledzy, którzy przystępują wśród roku do okręgu Izby, winni podania wnieść równocześnie z wpisaniem się na listę członków Izby. Na posiedzeniu pełnej Izby w dniu 13 czerwca 1903 r. uchwalono, w razie uwzględnienia podania członka Izby o uwolnienie od wkładki, uwalniać tylko od 8 koron; 4 zaś korony, przeznaczone na zapomogi, każdy lekarz bez wyjątku obowiązany jest płacić.

* Wydział krajowy mianował lekarzami pomocniczymi w krakowskim szpitalu św. Łazarza Drów: L. Fürbeka i B. Engländera.

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwyczajnymi mianowani zostali docenci chirurgii w Bonn: Graff i Petersen. W Würzburgu Dr. Dieudonné, docent higieny, mianowany profesorem.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Gustaw Neusser, b. docent Uniw. Jagiell. b. kierownik oddziału psychiatrycznego w b. szpitalu św. Ducha w Krakowie, b. kierownik zakładu w Kulparkowie, zmarł dnia 9 b. m. we Lwowie, w 64 r. życia. Między r. 1870 a 1880 ogłosił parę prac przeważnie treści sprawozdawczej. Dr. A. Piasecki, l. 46, — w Mentonie. Dr. Jolly, prof. psychiatryi, l. 60 — w Berlinie. Dr. K. Gebhardt, prof. położnictwa, l. 41, — w Berlinie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 1. Goldflam: Przyczynek do etyologii oraz symptomatologii chromania przestankowego. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie?

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Kryński: W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki. Jaworski: Przyczynek kliniczny do przebiegu ciąży zaśniadowej, oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki. Wróblewski: Wycięcie migdałka zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym.

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii. Wac. Ster: Niewyzyskany przywilej. Endelman: O deontologii, jej celach i zadaniach. Grünbaum: Czy nasza nowoczesna chirurgia istotnie jest nową w ścisłem tego słowa znaczeniu?

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Sokołowski: O zrostach opłucnej. Bogdanik: Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczem spędzaniu płodu. Likiernik: O mechanicznem leczeniu jaglicy. Godlewski: Przypadek zaczadzenia czadem z lampy. Serkowski i Maybaum: Projekt ankiety w sprawie częstości raka w Królestwie polskiem. Mazurkiewicz i Sochacki: Pierwszy rok zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce. Sonnenberg: O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 1. Výmola: K therapii tuberkulosy ušni, nosni, hetanové, hrtanové, a plicni pomoci hetolu. Hynek: Ankylostomiasis v Čechách. Kose: O glykolyse. Pelnář: Dva připady mozečkových nádorů s autopsii.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Bazy: Rozpoznanie zapalenia pospolitego a gruźliczego miedniczek, oraz miedniczek i nerek razem. Trémolières: Energia rośnięcia.

— Nr. 1. Letulle: Badanie pośmiertne jelita ślepego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Bergmann: Promienica czy też zapalenie kości i szpiku kostnego uda? Kraus: W kwestyi tworzenia się cukru z białka w ustroju cukrzycznym. Erb: Kiła a wiąd. Hoffa: Przyczynek do patologii i terapii schorzeń stawu kolanowego. Sigel: Spostrzeżenia terapeutyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Wagner: Leczenie wrzodu żołądka. Körner: Półpasiec uszny. Wormser: Nowoczesna nauka o drgawkach. Bucura: Leczenie świeżego pęknięcia międzykrocza. Weichardt: Toksyna znużenia i jej antytoksyna. Veiel: Gronkowce przewlekłego wyprysku. Rotter: Otwarcie serca po stronie prawej mostka. Bernhard: Otwarte leczenie ran zapomocą insolacyi i wysychania. Saake: O nieznanym dotychczas czynniku klimatu górskiego. Marckwald: Pęknięcie tętniaka (?) a renta ubezpieczeniowa. Rosenstein: Modyfikacya Beckmannowskiej skrobaczki gardła Holst: Pęta na ręce dla wygodnego dozorowania i wykonania uśpienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Quincke i Gross: Osobliwe umiejscowienie ostrego ograniczonego obrzęku (dok.). Mikulicz: Przyczynek do patologii i terapii nerwicy serca (dok.). Arneth: Leukocytoza neutrofilna w chorobach zakaźnych. Mayer: Dalsze doświadczenia w celu wykazania swoistych substancyi z bakteryi. Kochmann: Zmienność przetworów kozłkowych. Galli: Przyczynek do nauki o muzykalnym szmerze w sercu. Lunz: Dwa przypadki pospolitego zapalenia błon u podstawy mózgu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Spieler: O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego i o zapaleniu okątniczem u dzieci. Sorgo: Leczenie gruźlicy krtani odbitem światłem słonecznem: Lenz: Uzdrowotnienie nawiedzonych endemiczną zimnicą obwarowań morskiej twierdzy w Pola.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 1 (od 3/I do 9/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 53, dz. 52; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 33; zamiejscowych: męż. 12, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 6, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 12, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 5, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 10, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 52, obcych 24.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Żeleński wyłoży rzecz: „O aglutynacyi paciorkowców."

Po posiedzeniu, o godzinie 8-mej, odbędzie się koleżeńskie zebranie w kawiarni p. Wójcikiewicza w Rynku głównym.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.
Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:
Pomiędzy naturalnémi wodami szczawowémi zajmuje Woda Krondorfska alkaliczna szczawa podług analiz naszych pierwszych powag jakościowo naczelne miejsce.
Perelbger Schenker, Kraków, Grodzka 48.

Administracya „Przeglądu lekarskiego" uprasza P. T. prenumeratorów o odnowienie przedpłaty na rok 1904, która wynosi:

w Austryi rocznie . . . . 20 Koron
w Król. polskiem i Ces. rosyjskiem rocznie 7 Rubli
w Niemczech rocznie . . . . . . 16 Marek
we Francyi „ . . . . . . 30 Fr.

P. P. prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za rok przeszły uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Mr. T. Paraskowicza

RHEUMON

klinicznie wypróbowany środek przeciw Rheuma, lumbago, neuralgia, neuralgia intecostalis, pleuritis itd. itd.

Novum Techniki farmaceutycznej.

Zastosowanie całkiem pojedyncze zastępujące wszelkie nacierania, masaż, maście, plastry etc.

Bezpłatne próby w każdej ilości wysełamy każdemu pp. lekarzowi.

Adres:

Mr. T. Paraskovich i Sp., Wiedeń III/2.

Fabryki chemiczne:

Wiedeń i Gutenstein.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się z: Kali jod. 0·03, Ferratin 0·10, Duotal- Calc. glycer. phosph. aa 0·05 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati, comp. „Jahr" polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk.
„ „ dla dorosłych 6—9 „
Tylko w orygin. pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy.

GRIES obok BOZEN

stacya klimatyczna w południowym Tyrolu

(pobyt od początku września do końca maja)

I. „Sanatoryum Gries" wyłącznie dla piersiowo chorych.
II. „Curhôtel Sonnenhof" z oddziałem leczniczym (wodoleczenie, masaż, elektroterapia, kąpiele w świetle elektrycznem z kwasem węglowym, dyetetyka, leczenie winogronami) dla ozdrowieńców i chorych innych kategoryi.

LEKARZ KIERUJĄCY:
Dr. LUDWIK NAZARKIEWICZ.

WODY MINERALNE LECZNICZE

według przepisu

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(Przegląd Lekarski 1902. Klinisch-Therapeutische Wochenschrift 1902).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE

Ul. św. Gertrudy l. 4 (Telefon Nr. 227).

a) **Wody normalne:**

Nr.	Woda lecznicza			hal.	Nr.	Woda lecznicza			hal.
I	Normalna . . .	flasz.	3/4 l.	40	X	Wapniowa . . .	flasz.	3/4 l.	40
II	Alkaliczna słabsza	»	»	30	XI	Litowa	»	»	50
III	Alkaliczna mocn.	»	»	35	XII	Jodowa słabsza .	»	»	50
IV	Słona słabsza . .	»	»	35	XIII	Jodowa mocniejsza	»	1/2 l.	50
V	Słona mocniejsza .	»	»	40	XIV	Bromowa słabsza	»	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona .	»	»	30	XV	Bromowa mocn. .	»	1/2 l.	40
VII	Glauberska mocn.	»	»	40	XVI	Żelazista	»	3/4 l.	40
VIII	Glauberska słabsza	»	»	30	XVII	Arsenawa . . .	»	1/2 l.	50
IX	Magnowa . . .	»	»	40	XVIII	Arseno-żelezista .	»	»	50

b) **Wody organiczne lecznicze:**

AQUA ALCALINA EFFERVESCENS (rosea) fortior i mitior . . po 60 i 40 h.
„ CALCINATA „ „ . . „ 60 i 40 h.
„ MAGNESIAE CARB. . . . . 40 h.

Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie tychże wód przesyłamy na żądanie franko.